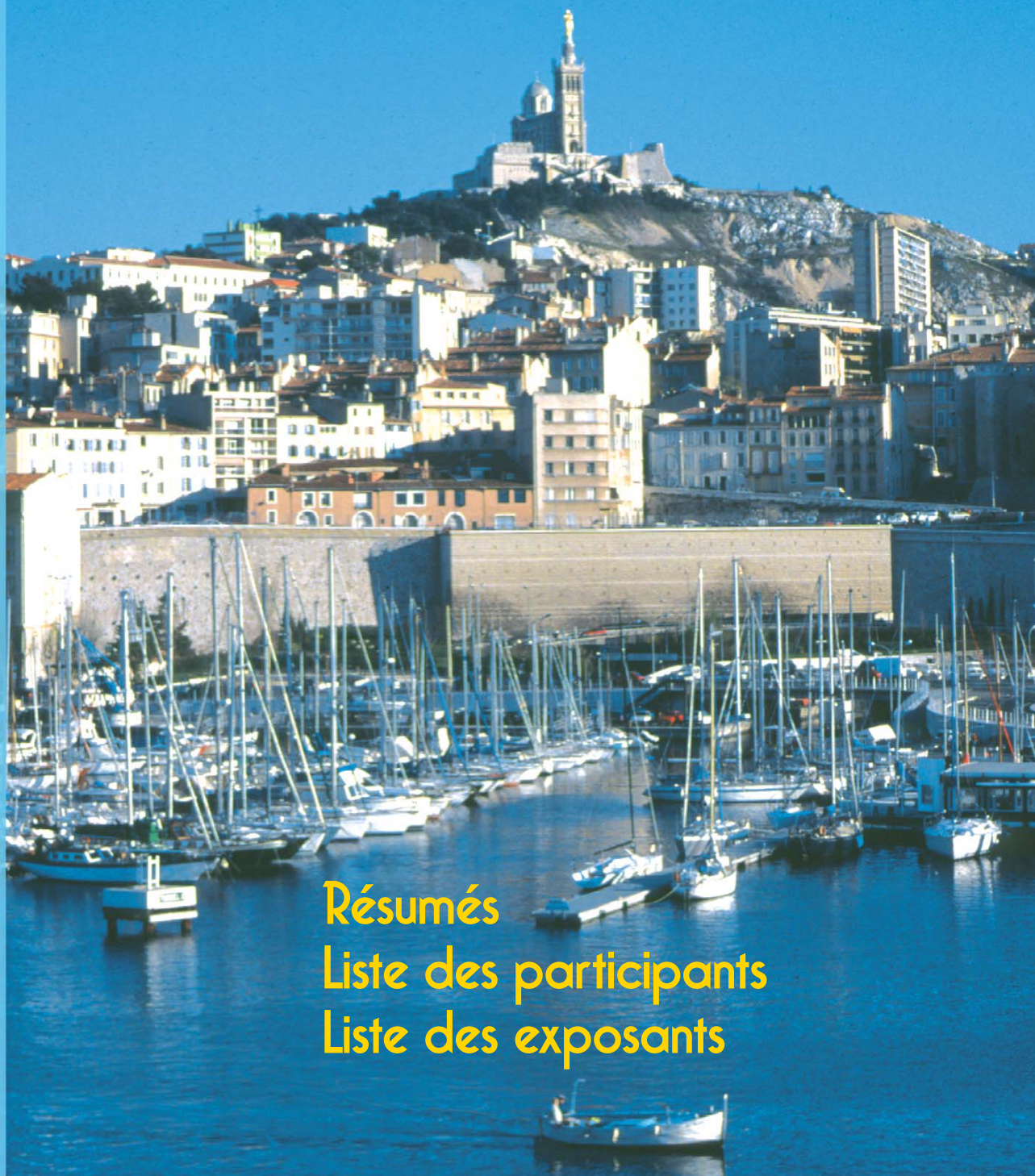
MARSEILLE

Palais des Congrès • Parc Chanot

36e Séminaire de Perfectionnement en Sexologie Clinique

AIHUS 2006 - 30 mars au 2 avril



Résumés
Liste des participants
Liste des exposants

BIENVENUE

Nous voilà tous rassemblés pour ce 36ème Séminaire de Perfectionnement en Sexologie Clinique à Marseille où l'AIHUS a été fondée avec comme premier Président Georges Abraham.
Nous avons choisi ce thème « Au delà du symptôme sexuel » pour bien marquer notre appartenance à la sexologie en ce qu'elle fait partie de la santé sexuelle : une approche du bien-être sexuel qui ne se limite pas à l'absence de dysfonctions, de maladies ou d'infirmités.
C'est pourquoi nous avons eu à cœur de regrouper dans ce séminaire des approches multiples, de multiples visages de la sexualité et de sa souffrance puisque c'est notre champ d'action en tant que thérapeutes.
La Sexologie est le lieu de tous les discours où chacun peut s'exprimer, s'enrichir et être entendu sans combat d'arrière garde.

Cette année notre revue, Sexologies, éditée en collaboration avec la Fédération Européenne de Sexologie dont l'AIHUS est membre, sort un premier numéro de prestige sur l'Exercice de la Sexologie en Europe avec Alain Giami comme rédacteur Invité, recueil de pratiques qui nous permettront de nous recentrer et réfléchir sur les notres, au moment où leurs frontières deviennent labiles et où il faut nous ouvrir à la sexualité transculturelle.

Nous avons voulu dans ce séminaire aborder des sujets sensibles que nous n'avions pas travaillé jusqu'alors, comme : le VIH dans le couple, les couples différents et des thèmes inhabituels traitants de l'usage des sex toys en pratique sexologique.
Nous avons choisi aussi de privilégier des lectures par des conférenciers experts dans leur champ, venant nous apporter leur témoignage ; Sexe et loi, syndrome du petit pénis, éthologie de l'inceste, amour couples et sexualité, évolution des sexothérapies. La formule des débats nous est apparue attrayante et nous avons profité de controverses d'actualité autour de certains thèmes (indications des prothèses péniennes, androgènes chez la femme, problématique des perversions, rôle de la personnalité dans la dysfonction érectile), pour inviter les meilleurs experts sur ces sujets.
Nous remercions doublement nos fidèles sponsors car non seulement ils nous ont facilité l'organisation de plusieurs symposia mais ils ont su donner la première place aux aspects scientifiques des thèmes choisis en coordination avec nous.

Merci à tous d'être là avec nous, c'est ensemble que nous contribuons au développement de l'AIHUS.
Nous vous souhaitons un bon congrès.

Mireille Bonierbale & Robert Porto

REMERCIEMENTS

L' Association Inter Hospitalo Universitaire de Sexologie (AIHUS) remercie vivement pour leur soutien :

VILLE DE MARSEILLE

AMS Solutions for Life

Bayer HealthCare Pharma

BIONEC

durex

Lilly icos

"LOVE INTERFACE POUR TOUJOURS"

MENTOR

PORGÈS

Pierre Fabre

Pfizer

SCHERING making medicine work

SCHWARZ PHARMA

THERAMEX MERCK

YSY MEDICAL

Librairie l'Hirondelle

SOMMAIRE

Programme 4

Résumés AIHUS 2006

- **Journée d'enseignement post Universitaire et des DIU de Sexologie** 8
- **Forum étudiants** 18
- **Ateliers** 38
- **Conférences** 51
- **Communications libres** 148
- **Posters** 181

Liste des participants 191

Liste des exposants 209

Plan des hôtels 211

Plan de l'exposition ..... 3ème de couverture

PROGRAMME

JEUDI 30 MARS 2006

Journée d'enseignement post-universitaire et des DIU de sexologie

13h00	ACCUEIL DES PARTICIPANTS	Hall des pas perdus - Niveau 2
14h00 - 17h00	**ENSEIGNEMENT : PERSONNALITÉ/SEXUALITÉ** Président de séance : C. Lançon Modérateur : R. Porto INTERVENANTS : Q. DEBRAY, P. BLACHÈRE, J. TIGNOL, C. LANÇON, G. RIBES, S. CONSOLI	Amphithéâtre Callelongue Niveau 2
17h00 - 17h15	PAUSE CAFÉ - VISITE DE L'EXPOSITION	Hall des pas perdus - Niveau 2
17H15 - 19h00	**FORUM ÉTUDIANTS** J. Mignot - L. Doré - K. BenNaoum Présentation de mémoires Prix du mémoire	Amphithéâtre Callelongue Niveau 2
19H00 - 20h00	BUFFET SANDWICHES	Hall Callelongue - Niveau 2
20h00 - 22h00	**ATELIERS**	
	Atelier 1 : L'accompagnement du développement psychosexuel : Santé sexuelle - Violence sexuelle *M. Desbarats*	Salle l'Escalette Niveau 2
	Atelier 2 : Sexualité et engagement *C. Marx*	Salle Pomègues Niveau 3
	Atelier 3 : L'affirmation de soi en consultation de sexologie *F. Parpaix - I. Chaffai*	Salle Callelongue Niveau 1
	Atelier 4 : Retrouver l'intimité Méthode Relationship Enhancement *N. Sarradon Girbal*	Salle Ratonneau Niveau 3
	Atelier 5 : La fonction périnéale : Méthodes d'optimisation pour une meilleure sexualité : intérêt et limites *A. Mamberti-Dias* Reprogrammation sensitivo-motrice pour l'éjaculation prématurée *G. Lombardi*	Salle Riou Niveau 3
	Atelier 6 : Médiation corporelle en sexologie *M. Dubois-Chevalier*	Bureau 4 Niveau 2
	Atelier 7 : Prise en charge du syndrome de stress post traumatique en sexologie : intérêt de la thérapie émotionnelle EMDR *S. Reichenbach*	Salle Samena Niveau 3
	Atelier 9 : Propositions pour une sémantique et une sémiologie ; comment être plus compétent et efficient dans nos évaluations, diagnostics et thérapies ? *C. Roux Deslandes*	Bureau Planier Niveau 2
20h00 - 22h00	CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AIHUS	

PROGRAMME

VENDREDI 31 MARS 2006

7h45 - 8h30	ACCUEIL DES PARTICIPANTS - CAFÉ DE BIENVENUE	Hall des pas perdus - Niveau 2
8h30 - 10h00	**LE COUPLE FACE AU VIH** Président : A. Giami • Modérateur : H. Bertone INTERVENANTS : A. GIAMI, MA. SCHILTZ, T. TROUSSIER, J. LEVY	Auditorium - Niveau 2
10h00 - 10h20	PAUSE CAFÉ - VISITE DE L'EXPOSITION	Hall des pas perdus - Niveau 2
10h20 - 12h00	**AUTRES COUPLES, AUTRES SEXUALITÉS** Président : P. Brenot • Modérateur : J. Mignot INTERVENANTS : P. BRENOT, J. LEVY, D. WELZER-LANG, M. NAOURI-VISCHEL, G. DELAROQUE	Auditorium - Niveau 2
12h00 - 13h30	**SYMPOSIUM DÉJEUNER** **SPONSORISÉ PAR LES LABORATOIRES SCHWARZ PHARMA** **Les avancées sur la DE ont-elles modifié les stratégies thérapeutiques par IIC ?** Président : P. Desvaux INTERVENANTS : P. DESVAUX, D. JAWHARI, E. RAGNI, A. GUÉRIN	Auditorium Niveau 2
13h30 - 14h00	PAUSE CAFÉ - VISITE DE L'EXPOSITION	Hall des pas perdus - Niveau 2
14h00 - 14h30	**LECTURE : LE SEXE ET LA LOI** E. Pierrat Présentée par Y. Ferroul	Auditorium - Niveau 2
14h30 - 16h00	**SYMPOSIUM SPONSORISÉ PAR LES LABORATOIRES LILLY** **Age et sexualité : s'aimer jusqu'au bout de la vie** Présidente : N. Grafeille • Modérateur : B. Cuzin INTERVENANTS : MH COLSON, P. BONDIL, G. RIBES, B. CUZIN	Auditorium Niveau 2
16h00 - 16h20	PAUSE CAFÉ - VISITE DE L'EXPOSITION	Hall des pas perdus - Niveau 2
16h20 - 17h50	**SYMPOSIUM SPONSORISÉ PAR** **LES LABORATOIRES AMS ET MENTOR-PORGÈS** **Faut-il encore poser des prothèses dans les DE ?** Discutant : P. Costa Pour : A. Faix - Contre : P. Desvaux	Auditorium - Niveau 2
17h50 - 18h20	**LECTURE : LE SYNDROME DU PETIT PÉNIS** J. Tignol Présentée par H. Lejeune	Auditorium - Niveau 2
18h20 - 18h50	**LECTURE : AMOUR, COUPLES ET SEXUALITÉ** Q. Debray Présentée par C. Lançon	Auditorium - Niveau 2
18h50	**COCKTAIL DÎNATOIRE** **SPONSORISÉ PAR LES LABORATOIRES PFIZER** ALLOCUTION DE BIENVENUE P. Costa, R. Porto, D. Rossi EXPOSITION "L'EROTISME DANS L'ANTIQUITÉ" C. Dumas (Conservateur du Musée des Baux de Provence) et J.P. Cano	Espace restauration - Niveau 1
20h30	ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'AIHUS	Auditorium - Niveau 2

PROGRAMME

SAMEDI 1er AVRIL 2006

7h45 - 9h00	**COMMISSION AIHUS** (petit-déjeuner sur place) **Commission médico-légale et d'éthique animée par :** M. Aubry - P. Blachère - M. Desbarats - N. Grafeille - P. Plante	Auditorium Niveau 2
8h30 - 9h00	CAFÉ	Hall des pas perdus- Niveau 2
9h00 - 10h30	**SYMPOSIUM SPONSORISÉ PAR LES LABORATOIRES PFIZER** **Les femmes, leur couple, leur sexualité** Présidente : M. Bonierbale • Modérateur : J. Rollet Intervenants : B. Cuzin, R. Porto, M. Chevret-Méasson, P. Brenot	Auditorium Niveau 2
10h30 - 10h50	PAUSE CAFÉ – VISITE DE L'EXPOSITION	Hall des pas perdus - Niveau 2
10h50 - 12h00	**CONTROVERSES** **Hormones stéroïdes et sexualité de la femme** Discutants : H. Lejeune - P. Blachère Pour : P. Lopes - Contre : P. Mares	Auditorium Niveau 2
12h05 - 14h00	**DÉJEUNER COMMUNICATIONS LIBRES** Salle 1 Présidents de séance : M. Chevret-Méasson, A. Leriche Salle 2 Présidents de séance : C. Cabanis, P. Plante	 Auditorium - Niveau 2 Amphithéâtre Callelongue - Niveau 2
14h00 - 14h25	**LECTURE : ETHOLOGIE DE L'INCESTE** B. Cyrulnik Présentée par JM. Sztalryd	Auditorium - Niveau 2
14h25 - 15h25	**DÉBAT** **Un concept pour le futur ?** **Maladie endothéliale et personnalité : une association non fortuite** Discutants : A. Faix - R. Porto - Orateurs : S. Consoli - F. Paganelli	Auditorium - Niveau 2
15h25 - 16h25	**DÉBAT PIERRE FABRE** **Testostérone et vieillissement : mode d'emploi** Discutants : A. Corman - J. Rollet - Orateurs : M. Pujos-Gautraud - J-P. Raynaud	Auditorium - Niveau 2
16h25 - 16h40	PAUSE CAFÉ – VISITE DE L'EXPOSITION	Hall des pas perdus - Niveau 2
16h40 - 17h40	**DÉBAT** **Entre psychiatrie et sexologie : que sont les névroses devenues ?** **Est-on encore "pervers" ?** Discutant : W. Pasini - Orateurs : R. Gellman - R. Coutanceau	Auditorium - Niveau 2
17h40 - 19h00	**SYMPOSIUM** **Multiples visages de l'éjaculation prématurée** Président : D. Rossi • Modérateur : C. Gellman-Barroux Intervenants : P. Costa, O. Rampim, R. Porto, F. Collier	Auditorium - Niveau 2
20h00	**SOIRÉE DU SÉMINAIRE** **avec le soutien des laboratoires Lilly**	"Fort Ganteaume" Cercle militaire de Marseille

PROGRAMME

DIMANCHE 2 AVRIL 2006

9h00 - 10h30	**SYMPOSIUM SPONSORISÉ PAR LES LABORATOIRES BAYER** **La motivation sexuelle** Président : N. Wrobel Modérateur : M. Aubry INTERVENANTS : S. HEFEZ, P. PICQ, M. BONIERBALE, F. HEDON	Auditorium Niveau 2
10h30 - 10h45	PAUSE CAFÉ	Foyer de l'auditorium - Niveau 2
10h45 - 11h15	**LECTURE** **EVOLUTION DES SEXOTHERAPIES** W. Pasini Présentée par J. Peyranne	Auditorium - Niveau 2
11h15 - 12h30	**DEBAT SPONSORISÉ PAR LA SOCIÉTÉ DUREX** **Des préservatifs aux sextoys :** **quelle place en sexologie ?** Discutantes : C. Roux Deslandes - M. Potentier INTERVENANTS : L. CHAUTEAU, A. GIAMI	Auditorium - Niveau 2
12h30 - 13h00	TAKE HOME MESSAGES M. Aubry, M. Bonierbale, M.H. Colson	Auditorium - Niveau 2

AIHUS 2006

Résumés de la journée d'enseignement post universitaire et des DIU de sexologie

ENSEIGNEMENT

PERSONNALITÉ/SEXUALITÉ

Président de séance : C. Lançon
Modérateur : R. Porto

Introduction : La personnalité : classification et niveaux théoriques
Q. Debray

Personnalités perverses
P. Blachère

Personnalités évitantes
J. Tignol

Personnalités addictives
C. Lançon

Coping et pathologie sexuelle
G. Ribes

Psychosomatique : Type A - Type D
S. Consoli

Synthèse - Questions

ENSEIGNEMENT

LA PERSONNALITÉ : CLASSIFICATION ET NIVEAUX THÉORIQUES

Quentin DEBRAY

Professeur de Psychiatrie à l'Université Paris V

La personnalité est l'ensemble des caractéristiques psychologiques permanentes chez un individu. Les termes de caractère et de tempérament sont équivalents. Personnalité vient de persona, en latin, qui désigne le masque de théâtre, personnage immuable au cours de la représentation. L'approche de la personnalité par les psychologues, au XIXe siècle, a utilisé la psychologie des facultés : extraversion et introversion, activité ou passivité, caractère primaire ou secondaire, sens moral, volonté, sensibilité, que l'on retrouve aujourd'hui dans certains tests. La personnalité était alors considérée comme constitutionnelle. Certains tests actuels, tel le NEOPI, reflètent encore ces conceptions. L'approche psychiatrique a souvent réduit les personnalités à des miniatures des grandes maladies mentales : personnalités hystérique, paranoïaque, obsessionnelle, schizoïde, schizotypique. Pour la psychanalyse, la personnalité est issue du développement affectif, dans la relation avec les parents. Enfin, les approches sociales, cognitives et comportementales ont proposé de comprendre la personnalité par la mise en place, au cours de l'enfance et de la jeunesse, de stratégies de comportement, de schémas cognitifs (ou croyances) portant sur soi-même et sur les autres, de gestion des affects. Cette dernière conception, plus souple et plus dynamique, permet une description plus variée et plus interactive des personnalités. Elle ne les réduit pas à des états constitutionnels et figés, mais au contraire à des systèmes en interaction, renforcés par l'environnement, et par conséquent accessibles à la thérapeutique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Quentin Debray et Daniel Nollet ., Les personnalites pathologiques : approche cognitive et thérapeutique, Masson; 3ème Ed (Medecine et Psy) ; 2001
- Quentin Debray, Sophie Kindynis, Maryvonne Leclère, Anne-Sophie Seigneurie, Protocoles de traitements des personnalités pathologiques : Approche cognitivo-comportementale, Masson 2005
- Susan C.cloninger, La personnalité, Médecine-Sciences Flammarion ; 1999

ENSEIGNEMENT

LES PERSONNALITÉS PERVERSES

Patrick BLACHERE

Psychiatre expert judiciaire
Intervenant DIU sexologie Lyon

Le concept de personnalité perverse n'est pas consensuel.

Les personnalités pathologiques sont par contre bien définies par les différents systèmes de classification comme le D.S.M. ou la C.I.M 10.
Le terme de personnalité perverse est pourtant utilisé au quotidien et notamment dans le champ de l'expertise judiciaire.
En clinique sexologique le praticien est aussi confronté à des situations ou cette notion de personnalité perverse est évoquée.
De façon plus générale, plus médiatique ce type de personnalité est évoqué dans l'étude des harceleurs.
La définition de le personnalité perverse diffère néanmoins selon les auteurs
Il est donc essentiel de proposer une définition la plus consensuelle et la moins subjective possible.

Une lecture des travaux scientifiques permet de dégager sinon un consensus du moins des convergences de point de vue d'auteurs appartenant pourtant à des écoles de pensées différentes.
Ainsi ; la séduction, la recherche d'emprise, la déshumanisation, le déni, le clivage sont les critères qui se retrouvent, le plus souvent nommés dans les publications.
Il semble donc possible de définir une ébauche de définitions des personnalités perverses en reprenant la définition générique des personnalités pathologiques (celle du D.S.M ou celle de l'O.M.S) en intégrant ces différents éléments :emprise, déshumanisation etc.…

Une telle définition permet de distinguer ce qui est de l'ordre du simple trait de caractère de la réelle personnalité pathologique.

Il reste bien sur à discuter de la possibilité de faire figurer ailleurs que sur « l'équivalent » de l'axe 2 du D.S.M (celui des personnalités pathologiques) des sujets qui sont en permanence animés par un fonctionnement pervers.

Un tel trouble permanent et envahissant pourrait alors être défini comme un pervers « maladie » nous serions alors dans l'axe 1 du D.S.M. Le terme de « pervers maladie » désignerait alors la problématique pathologique sujets exceptionnels (de part la gravité de la pathologie) tels que ceux qui parfois font la une des médias….

Cette distinction permettrait de bien distinguer les degrés de gravité du trouble pervers en individualisant ce qui est de l'ordre du simple trait de caractère , de ce qui est de l'ordre de la pathologie en distinguant dans ce cas le simple trouble de la personnalité des cas plus exceptionnels.
Ces outils diagnostics ne seraient pas la pour stigmatiser un sujet ,mais pour mieux comprendre et faire comprendre la pathologie,son intensité,sa gravité en matière de pronostic.
Ceci est fondamental sur le plan éthique en matière d'expertise judiciaire.

Il nous reste à souhaiter que la présentation de cette réflexion destiné aux étudiants du D.I.U puisse donner envie de fédérer une task force pour créer une conférence de consensus francophone sur le thème des « critères diagnostics des pervers et des personnalités perverses ».

N.B rappel : le D.S.M ne reconnaît pas encore le concept de « pervers » ni celui de personnalités perverses

MOTS CLÉS :
Personnalités pathologiques, personnalités perverses, D.S.M, déshumanisation, emprise, déni, clivage.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1/ CIAVALDINI. A : psychopathologie des agresseurs sexuels1vol 255 pp Paris Masson 1996
2/ DEBRAY. Q ; NOLLET. D : les personnalités pathologiques1vol 192 pp Paris MASSON 2001
3/ D.S.M.IV 1 vol 1008pp Paris MASSON 1996
4/ STOLLER. R.J : la perversion forme érotique de la haine1vol 280 pp Paris PAYOT 1978

ENSEIGNEMENT

PERSONNALITÉ ÉVITANTE, PHOBIE SOCIALE ET SEXUALITÉ

Jean TIGNOL

Professeur de psychiatrie

Le trouble de la personnalité : personnalité évitante, appartient au groupe C, dit « anxieux », de l'axe II du DSM-IV. Il a fait l'objet, dans les années 90, d'un nombre important de travaux, qui ont abouti à l'assimiler au trouble correspondant de l'axe I du DSM-IV qui est la phobie sociale, ou trouble anxiété sociale. Le DSM-IV-TR (TR pour « text revision », ou révision du texte sans modification des critères) a consacré, en 2000, l'identité des deux troubles : la personnaité évitante est la forme la plus sévère de la hobie sociale [1].

Phobie sociale et personnalité évitante sont caractérisées par la crainte du jugement d'autrui lors d'une situation sociale réelle ou imaginée, qui suscite une anxiété importante. Cette situation sociale, soit n'est supportée qu'avec peine, soit est évitée. L'évitement des situations sociales génératrices d'anxiété est le principal facteur du handicap lié à la phobie sociale, qui peut être considérable, en fonction du nombre de situations sociales évitées.

Les relations sexuelles représentent une situation sociale particulière qui, malgré l'information actuellement disponible sur la sexualité et la libéralisation des mœurs, reste relativement mystérieuse et l'objet de craintes importantes quant à la performance demandée. L'anxiété de performance y est fréquente : elle est présente chez 16% des femmes et 19% des hommes de 18 à 29 ans dans une enquête sur la sexualité en population générale aux Etats-Unis [2].

C'est la fréquence des antécédents de timidité chez nos consultants pour troubles sexuels masculins qui a déclenché notre intérêt pour les relations entre anxiété sociale et troubles sexuels. Nous avons surtout trouvé dans la littérature la mention fréquente d'un handicap relationnel lié à la phobie sociale, avec seulement quelques rares travaux sur les problèmes sexuels proprement dits.

Nous avons alors entrepris 2 études cas-témoins [3, 4] et une étude descriptive des relations phobie sociale – personnalité évitante et sexualité [5]. Les résultats de ces études montrent une relation très significative entre les deux séries de troubles, qu'il s'agisse des troubles sexuels masculins en général comme dans la première étude cas-témoins, ou spécifiquement de l'éjaculation rapide comme dans la deuxième. Les femmes semblent aussi handicapées du point de vue sexuel par la phobie sociale. Un certain nombre d'arguments permettent de penser que la phobie sociale est un facteur de risque pour les troubles sexuels en général.

Ces résultats incitent à rechercher cliniquement la phobie sociale chez les patients atteints de troubles sexuels et vice-versa. Les deux pathologies peuvent en effet être traitées par TCC. Plus spécifiquement phobie sociale et éjaculation rapide sont sensibles au même traitement pharmacologique (IRS). Enfin la phobie sociale pourrait être prévenue par des recommandations éducatives spécifiques faites aux parents d'enfants présentant un tempérament inhibé ou une phobie sociale de l'enfance. On peut se demander si les mêmes mesures ne pourraient pas aussi prévenir les risques de troubles sexuels liés à la phobie sociale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Tignol J, Pujol H, Auriacombe M: Phobie sociale, timidité, et personnalité évitante, in Les phobies sociales. Lemperière T. Ed. Paris, Masson, 2002.
2. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S: The social organization of sexuality. Sexual practices in the United States. Chicago, The University of Chicago Press, 1994.

3. Tignol J, Martin C, Pujol H, Grabot D, de Grove H, Gorse F, Gouget J: Etude cas-témoins de la prévalence de la timidité, de la phobie sociale et de la personnalité évitante dans les troubles sexuels masculins. L'Encéphale : 2001; XXVII:418-422.
4. Tignol J, Martin-Guelh C, Aouizerate B, Grabot D, Auriacombe M: Social phobia and premature ejaculation: a case-control study. Depress Anxiety : 2006(23):1-5.
5. Haas B: Etude descriptive de la sexualité de patients des deux sexes présentant une phobie sociale. Thèse Médecine, Bordeaux 2001.

ENSEIGNEMENT

ADDICTIONS ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Christophe LANÇON

Professeur de psychiatrie

Le concept d'addiction s'impose depuis plusieurs années dans le champ de la médecine comme support à des stratégies de prévention (primaire et secondaire), l'identification de population à risques et le traitement de troubles avérés.
Ce concept est venu remplacer des notions anciennes et stigmatisantes comme celle d'alcoolisme ou de toxicomanie. Ce concept revient à la notion ancienne de compulsion ; moteur des troubles des conduites.

De nombreuses conduites sont rattachée au concept d'addiction : problèmes liés à l'alcool, jeu pathologique, conduites sexuelles….

Les conduites addictives sont fréquemment associées à des troubles psychiatriques. La question des relations entre troubles de la personnalité et conduites addictives est ancienne. Il ne semble pas exister de personnalité spécifique associée aux conduites addictives ou responsables de leur apparition. Certains éléments de tempérament peuvent cependant être plus spécifiquement associé avec les addictions.

Enfin, certaines personnalité pathologique doivent être prise en compte dans l'évaluation de ces conduites.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Bailly D., Venisse J.-L. , Dépendance et conduites de dépendance, 1994, Paris, Masson
- Quentin Debray et Daniel Nollet, Les personnalites pathologiques : approche cognitive et thérapeutique, Masson; 3ème Ed (Medecine et Psy) ; 2001
- J.-P Jacques., Pour en finir avec les toxicomanies, éd. De Boeck Université Paris - Bruxelles, 1999
- William Lowenstein, Les Addictions Qui Nous Gouvernent", Editions Calman-Lévy. 2005
- FX Poudat., La dépendance amoureuse ; Quand le sexe et l'amour deviennent des drogues,Odile Jacob, 2005

ENSEIGNEMENT

COPING ET PATHOLOGIE SEXUELLE

Pr Gérard RIBES
Laboratoire de Psychologie de la Santé et du Développement
Institut de Psychologie
Université Lyon 2

En 1978 LAZARUS et SAULNIER définissaient le coping comme : L'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'évènement perçu comme menaçant,pour maîtriser,tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique. Deux grands types de processus ont été mises en évidences : un centré sur le problème, l'autre centré sur l'émotion dont la pertinence ou l'effet plutôt néfaste est lié au type et à la « contrôlabilité » de la pathologie. Nous aurons à discuter cette notion de contrôlabilité en particulier dans les pathologies sexuelles.

De nombreux travaux ont montré que la prise en charge, l'accompagnement des patients doivent tenir compte de leur représentation et de leur gestion de la pathologie. La compréhension de leur fonctionnement participe à la réussite du projet thérapeutique. Ceci est d'autant plus présent dans le cas de pathologies sexuelles ou la part du vécu, de l'anxiété et de la composante relationnelle est importante.

Cette dimension du coping peut être une aide supplémentaire dans cette compréhension. Comment a partir d'outils simples l'évaluer rapidement en consultation ? Comment donner des réponses adéquates en fonction des stratégies adoptées par le patient ? Comment permettre au patient de s'ouvrir à d'autres visions de la gestion de sa pathologie ? Cette dimension a-t-elle sa pertinence au niveau des couples ?

Nous serons aussi amené à nous poser la question de l'utilisation des « Mécanismes de défenses » (selon la définition du DSM IV) dans la compréhension des fonctionnements de nos patients et nous envisagerons les articulations entre coping et mécanismes de défense.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Chabrol H. Callahan S. *Mécanismes de défense et coping* Dunod 2004
Paulhan I. Bourgeois M. *Stress et coping* Puf coll Modules 1995
DSM IV Masson 1996
Ionescu S. Jacquet M.M. Lhote C *Les mécanismes de défense* Nathan Université 1997
Bruchon-Schweitzer M. *Psychologie de la santé* Dunod 2002

ENSEIGNEMENT

PSYCHOSOMATIQUE : TYPE A, TYPE D

Silla M. CONSOLI

Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison
Hôpital Européen Georges Pompidou

Dès les années 40, plusieurs auteurs s'intéressant à la contribution des facteurs psychosociaux au risque cardiovasculaire, se sont attachés à décrire des caractéristiques de personnalité impliquées dans l'évolution de la maladie coronaire. Le prototype de ces « profils » est le profil comportemental de type A, décrit initialement par Rosenman et Friedman, associant hyperactivité, combativité, ambition exagérée, ces caractéristiques étant sous-tendues par un sentiment d'insécurité interne et une quête compulsive de la reconnaissance sociale. Le profil de type A, associé à une hyperréactivité au stress, notamment aux sollicitations sociales, s'est avéré être d'avantage un facteur de risque coronarien qu'un facteur de mauvais pronostic une fois la maladie coronaire installée. Contrairement à l'idée reçue le profil de type A comporte également une vulnérabilité dépressive : or l'humeur dépressive, par l'intermédiaire de mécanismes multiples, contribue indubitablement à l'installation et à l'évolution des pathologies cardiovasculaires.
Plus récemment, a été décrit un profil dit de type D (distressed) par J. Denollet, associant une propension à l'affectivité négative (anxiété, tristesse, colère) et une inhibition dans les capacités à communiquer ses émotions lors des interactions sociales. Ce profil s'est montré particulièrement pertinent, notamment dans le pronostic des pathologies cardiovasculaires, en particulier coronaires.
En dehors des questionnaires standardisés permettant la mesure de tels profils, des questions simples intégrées dans l'entretien clinique peuvent permettre de prendre en considération de telles caractéristiques de personnalité et d'en tenir compte dans un projet thérapeutique de type global.

MOTS-CLÉS :
Risque cardiovasculaire ; insuffisance coronaire ; profil de type A ; profil de type D ; réactivité au stress ; vulnérabilité dépressive

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

• Booth-Kewley S, Friedman HS. Psychological predictors of heart disease : a quantitative review. Psychol Bull. 1987 ; 101 : 343-62
• Denollet J. Type D personality. A potential risk factor refined. J Psychosom Res. 2000 ; 49(4) : 255-66.
• Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. Psychosom Med. 2005 ; 67(1) : 89-97.
• Lahlou K., Aloupis P., Powell L., Consoli S.M. - Adaptation française d'une technique d'entretien standardisé filmé, destinée à évaluer le profil comportement de type A (la "video structured interview"). L'Encéphale, 1996 ; XXII : 422-429
• Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. Circulation. 1999 ; 99 : 2192-217.

Résumés du forum étudiants

FORUM ÉTUDIANTS

J. Mignot - L. Doré - K. BenNaoum

Présentation orale des mémoires
en vue de l'obtention d'un Prix du meilleur mémoire

Femmes auteurs de crimes et d'agressions sexuelles sur mineurs
E. Amadieu (DIU : Lyon)

Propos de gourmandises
D. Altieri-Leca (CEU : Marseille)

Entre errance et désillusion : Transsexualisme masculin : un "cas"
J-P Ayach (DIU : Montpellier)

Les mutilations génitales féminines :
travail auprès des populations issues de l'immigration dans le Rhône
C. Bernard (DIU : Lyon)

Les fantasmes féminins, leur place dans la sexualité féminine
Résultats d'une enquête par internet
A. Compe (DIU : Montpellier)

Intelligence émotionnelle et sexualité
N. Dessaux (DIU : Paris XIII)
Intérêts des entretiens semi-directifs dans l'étude des adultes
porteurs d'une anomalie uro-génitale majeure
N. Morel Journel (DIU : Lyon)

Coming-in : prise de conscience d'une orientation homosexuelle,
affects associés, conséquences sur la sexualité
P. Papazian (DIU : Lyon)

Être un homme, une femme, un handicapé, un cas de trouble de l'identité sexuelle
chez un tétraplégique polynésien
F. Schindler (DIU : Montpellier)
Maison de retraite ou émotions à la retraire
M. Wattez (DIU : Marseille)

Quand pédagogie rime avec sexologie ou petits outils pratiques pour la pratique
M-L Lassagne (AEU : Toulouse)

L'amour après bébé
C. Fabre-Clergue (CEU : Marseille)

FORUM ÉTUDIANTS

FEMMES AUTEURS DE CRIMES ET D'AGRESSIONS SEXUELLES SUR MINEURS

Elisa AMADIEU

Médecin Généraliste
amadieu.elisa@wanadoo.fr

Nous avons essayé de démontrer à partir d'une approche bibliographique, d'une approche épidémiologique et d'une approche clinique que la pédophilie féminine existe et qu'elle est différente de la pédophilie habituellement connue, masculine, et d'un autre exemple de criminalité féminine : le syndrome de Münchhausen par procuration (avec l'existence de cas limites entre ces deux pathologies). Nous débutons par approche bibliographique anglophone psychanalytique puis francophone. Nous avons ensuite réalisé une enquête sur le terrain, au niveau local et national, en interrogeant des experts et des cliniciens et en réalisant une enquête. Nous étudions aussi les chiffres des condamnations fournies par le Ministère de la Justice, des cas judiciaires relatés dans la presse et des cas cliniques fournis par des experts psychiatres. Nous terminons ce mémoire par une discussion : Pédophilie féminine : continuité ou discontinuité de la relation mère enfant ? Pourquoi la criminalité et la violence féminine sont inconcevables alors qu'elles existent et sont connues ? Les résultas montrent que la pédophilie féminine existe, non seulement en temps que complice mais aussi en temps qu'auteur. Les cas récents apportent une psychopathologie de ces femmes plus large que celle de la littérature, en particulier avec les cas limites de Syndrome de Münchhausen par procuration. Nous espérons que ce travail ouvrira les portes d'une meilleure approche épidémiologique et clinique de ce phénomène, la Pédophilie féminine, afin d'en optimiser la prévention, le dépistage et le traitement. La pédophilie féminine est tout aussi inconcevable qu'elle est connue, tout comme d'autres formes de violence et de criminalité féminines.

MOTS CLÉS :
Femmes, Agression, Agression sexuelle, Viol, Enfant, Pédophilie , Pédophile

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1 - Ciavaldini, A & Balier, C. (2000). *Agressions sexuelles : pathologies*, *suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Pratiques en psychothérapie : Ed.Masson
2 - Crasnier, épouse Dauver, S. (2001). *Actualités du Syndrome de Munchhausen par procuration* Thèse pour l'obtention du grade de docteur en Médecine soutenue le 12 Octobre 2001 à Caen
3 - Blachère, P. (2003/2004). *Les paraphilies*. Deuxième année DIU de Sexologie Médicale de Lyon
4 - Dubanchet,R. (1999/2000). *La perversion*. Deuxième année DIU de Sexologie Médicale de Lyon

FORUM ÉTUDIANTS

PROPOS DE GOURMANDISES

Denise ALTIERI-LECA

Infirmière
youda@aliceadsl.fr

Je vous propose là une promenade gourmande où sexe et nourriture vont se croiser, se côtoyer, se confondre.
Tout a commencé par Adam et Ève, premier péché du monde où on condamne à la fois bouche et sexe, péché sexuel initié par une pomme. Nous verrons que l'histoire se chargera de tracer un parallèle constant entre sexe et nourriture.
À travers l'approche psychanalytique, le sein devient le premier objet de convoitise, avec la bouche carrefour de tous les plaisirs, le sevrage source de pulsions destructrices, la tétine enfin : auto-érotisme, objet transitionnel... Nous retrouvons la succion à l'age adulte, nirvana dont on ne peut plus se passer, à travers les addictions : tabac, alcool, nourriture.
En regard d'une pratique au quotidien et l'étude de cas cliniques, nous mettrons l'accent sur la notion de plaisir, de satiété qui entoure le repas et la prise ou la perte de poids:confusion entre émotion et sensation. Face à des problèmes relationnels de couple et une sexualité de mauvaise qualité (voire effacée), la fonction alimentaire va se trouver surinvestie ou pervertie comme on le verra dans les comportements de boulimie ou d'anorexie.Le symptôme "nutrition" fera diversion face à des problèmes sous jacents. L'essentiel ici sera de franchir le symptôme écran pour aller à la rencontre d'une histoire.
Dans un deuxième temps, nous verrons que sexe et nourriture s'entremêlent dans toutes les cultures et sociétés:

- Repas: lieu d'échange, de rencontre, de partage, de plaisir, de jouissance(sans orgasme toutefois), excellent préliminaire dans les premiers rendez-vous amoureux, enfin seul et dernier point de réunion d'un couple...
- Au même titre que dans la sexualité, l'intimité dans l'alimentation est en rapport avec le privé.
- La conduite alimentaire nécessite un apprentissage, la sexualité tout autant, dans le savoir être, le savoir-faire. On ne naît pas gourmand, on le devient, la curiosité y est pour beaucoup.
- De tout temps certains aliments ont été associés à la sexualité (aphrodisiaques).
- Les alcools accompagnent les plaisirs festifs, jovialité, convivialité, mais aussi virilité.
- La nourriture, parce qu'elle interpelle nos sens, devient plaisir, sensualité ; à l'instar des aliments, l'amour a un goût et une odeur jugée excitante pour certains, gênante voire répugnante pour d'autres.
- Du tout : quand sexe et nourriture deviennent indissociables à travers la littérature, la filmographie et une soirée vécue...
- Au rien : régimes, privations, jeûnes. Apparition de frustrations,résistances et surtout transgressions : attention danger!

En troisième partie, nous ciblerons les similitudes entre sexe et nourriture, plus évidentes, dans les analogies, les métaphores: fruits, fleurs, légumes en tout genre.
Désir, plaisir et sensualité se mêlent inextricablement dans la sexualité et la dégustation avec comme lieu commun : le ventre.
Érotisme et gastronomie sont aussi tout deux fondés sur l'esthétisme; l'imaginaire, le pouvoir créateur.

Enfin de nombreux récits érotiques viendront illustrer quelques réflexions sur la sexualité orale qui vous laisseront entrevoir une toute autre gourmandise... Quelque peu vorace : on lèche, mordille, suçote, aspire... Puis on en vient à happer, avaler, dévorer, engloutir ! Tel le loup dans le petit chaperon rouge de Charles Perrault.
Du lit à la table, du sexe à la nourriture, le plaisir reste LE dénominateur commun.
Sur des appuis théoriques et une pratique professionnelle avérée, ce mémoire provoque une réflexion essentielle et un autre regard sur la prise en charge des troubles du comportement alimentaire et, ou, sexuel.

MOTS CLÉS :
Nourriture, Sexualité, Similitude, Dysfonction, Plaisir

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :
Willi Pasini : Nourriture et amour, ed payot,Paris 1995
Xavier Pommereau : Quand l'adolescent va mal-ed J.C Lattes-Paris 1997
Serge Safran : L'amour gourmand, coll l'attrape corps, ed lamusardiere, Paris 2000
Hilde Buch : Les yeux et le ventre, ed payot, Paris 1994
Jean-Michel Lecerf : la nutrition, ed privat, Toulouse 1996

FORUM ÉTUDIANTS

ENTRE ERRANCE ET DÉSILLUSION : TRANSSEXUALISME MASCULIN : UN « CAS »

Jean Paul AYACH

Médecin Sexologue
docaya@wanadoo.fr

Ce mémoire a été inspiré et basé sur l'observation clinique d'un cas de transsexualisme masculin vu en consultation, sur une recherche bibliographique de publications récentes et une réflexion sur la multitude de questions posées par la transsexualité. Cela nous permettra de faire le point sur l'état actuel de ce problème et de se poser les questions médicales, éthiques et juridiques de ce « cas » bien particulier.

Il s'agit de l'histoire singulière du parcours et de la quête de passage du statut d'homme en « femme ». Parcours de doutes, de souffrances, de manipulations et d'une transformation chirurgicale hasardeuse et ratée. Elle permet d'affirmer le fait qu'il existe des formes intermédiaires, des glissements progressifs d'un cadre pathologique strict, répertorié, vers un autre cadre plus ou moins proche dans la CIM 10 ou le DSM IV.

On aborde aussi le diagnostic de certaines personnalités dites « borderline » ou « état limite » qui nécessite un dépistage précis pour éviter les impasses thérapeutiques et les complications.

On envisage également la problématique posée et les perspectives actuelles d'évolution de la prise en charge du transsexualisme, ainsi que la mise au point de recommandations thérapeutiques, ceci au vu des résultats plutôt positifs du Traitement Hormono-Chirurgical et en tenant compte d'un certain pourcentage d'insatisfactions ou de regrets qu'il faut impérativement prendre en considération.

MOTS-CLÉS :
Ethique et transsexualisme , Législation, Psychiatrie et transsexualisme, Traitement hormono chirurgical, Transsexualisme

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

BONIERBALE M, MICHEL A, LANCON C (2005) : Le corps consommé : **devenir** des **transsexuels** opérés. L'information psychiatrique, 81, 517-528
CASTEL P H (2003) : La métamorphose impensable. Gallimard, Paris (conf. « Le mental et le social » à l'IHPST).www.pierrehenri.castel.free.fr/
CHILAND C (2003) : Enfance et transsualisme. Le transsexualime. PUF
COHEN-KETTENIS P.T, GOOREN L.J.G (1999): transsexualism a rewiew of etiology diagnosis and treatment. J of Psychosomatic 1999 Res, 46,4 : 315 – 333
MICHEL A (2001) : Le transsexuel « quel devenir? » Annales Médico- Psychologiques, (2001) 159 : 347-58.

FORUM ÉTUDIANTS

LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES : TRAVAIL AUPRÈS DES POPULATIONS ISSUES DE L'IMMIGRATION DANS LE RHÔNE

Chantal BERNARD

Médecin CPEF
chantau1957@yahoo.fr

Ce travail est issu d'une pratique professionnelle et d'un travail de réflexion collective (professionnels et populations concernées) dans le département du Rhône.
La recherche bibliographique a permis de faire le point sur l'excision

- de quelles pratiques s'agit-il ?
- l'historique
- l'épidémiologie
- les aspects socioculturels.

Ou en est-on aujourd'hui ? Quels sont les moyens de lutte contre l'excision ? A travers les différents écrits, j'ai tenté de faire une évaluation des obstacles à la disparition de la pratique de l'excision. La disparition des M.G.F. ne va pas de soi malgré les conventions internationales et les différents textes de loi nationaux. La prévention dans le sens « être auprès de » prend ici toute sa dimension. Les stratégies préventives doivent tenir compte des représentations, nécessitent une réflexion préalable et un décentrage.
La lecture d'articles sociologiques, ethno psychiatriques, anthropologiques ont permis de s'enrichir de ce qui a déjà fait, pensé, évalué.

La dernière partie du mémoire présente le travail dans le Rhône :

- présentation du groupe qui a pris le temps de mener une réflexion sans se précipiter dans l'agir et des différentes actions locales
- une approche plus clinique de consultation individuelle et surtout un groupe de parole de femmes somaliennes.

Ce travail autour de l'excision montre combien il est indispensable de penser nos représentations et celles de l'autre. Comprendre, ce n'est pas accepter mais c'est surtout ne pas rejeter. Comprendre permet d'être à l'écoute, d'entendre voire de prévenir.
L'excision, mutilation féminine, renvoie à d'autres images de l'oppression féminine. Quels questionnements, de nos jours, sur les nouveaux marquages, remodelages, forçages du corps ?

MOTS CLÉ :
Excision, prévention,immigration, représentations

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

ERLICH Michel La femme blessée, L'Harmattan, 1986
COUCHARD Françoise L'excision Que sais-je ? 2003
GILLETTE Isabelle L'excision et sa présence en France : étude ethnosociologique GAMS 1992
THIAM Awa La parole aux négresses, Denoël Gonthier, 1978

FORUM ÉTUDIANTS

LES FANTASMES FÉMININS, LEUR PLACE DANS LA SEXUALITÉ FÉMININE. RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE PAR INTERNET.

Armelle COMPE

Endocrinologue
acompe@libertysurf.fr

L'imaginaire érotique joue un rôle très important dans la sexualité féminine. Il déborde de nos jours largement de la sphère privée. La transgression des interdits et la réalisation de tous ces désirs semblent désormais un gage de libéralisation sexuelle comme l'atteste les nombreux ouvrages et confessions libertines de quelques personnalités branchées. La femme actuelle est elle bien représentée par l'image délivrée dans les médias: extravertie, libérée, limite scandaleuse ou réserve-t-elle ses confidences et ses pensées intimes ?
Malgré cette surexploitation du fait de sa puissance commerciale, l'imaginaire érotique a été peu exploré par les études scientifiques. C'est pour cette raison que nous avons réalisé une enquête sur les fantasmes féminins.
Notre recherche bibliographique retrouvait une grande pauvreté d'études récentes, et une grande richesse de livres explorant la sexualité des femmes. Par contre, l'imaginaire reste souvent peu abordé même dans les grandes études épidémiologiques (Kinsey, Hite).
Notre objectif est d'améliorer notre connaissance de l'imaginaire érotique des femmes, notamment la place des fantasmes et leurs rôles dans la sexualité féminine.
Nous avons créé un questionnaire sur l'imaginaire érotique qui a été diffusé sur un site Internet féminin pendant une semaine. Nous avons utilisé Internet comme modèle d'investigation car il est largement diffusé et facile d'accès. L'enquête prenait moins de dix minutes à l'internaute. Elle comprenait une série de questions simples, fermées, élaborées à partir des données de la littérature (Pasini et Crépault). Le traitement statistique des données est resté descriptif avec des calculs de fréquences.
Nous avons recueilli 36564 réponses. Certes, la méthodologie reste discutable, mais la puissance de l'étude permet de dégager certaines informations.

L'étude, concernant une population relativement jeune, souligne plusieurs points essentiels :
- Les femmes sont avides de communiquer sur leur imaginaire érotique via Internet.
- L'anonymat sur Internet semble les rassurer.
- La plupart des femmes ont des fantasmes, dont un quart quotidiennement.
- La grande majorité des femmes aime fantasmer (93%) avec toutefois une note de culpabilité pour la moitié d'entre elle.
- Les femmes estiment fantasmer autant que les hommes pour 70% d'entre elles.
- Les fantasmes restent encore de l'ordre de l'intimité, et les femmes ne souhaitent pas les confier intégralement (80%), ni forcément tous les réaliser (85%).
- Par contre, en grande majorité (70%) les femmes souhaitent connaître les fantasmes de leur compagnon.
- Les femmes semblent bien connaître la pornographie (80%) sans se retrouver dans ces images.
- Le mode d'induction des fantasmes le plus fréquent est en dehors de tout acte sexuel (rêverie, pensée).
- Cependant, le fantasme est très présent dans l'acte sexuel : 70% des femmes les utilisent pour être excitées dont un tiers très régulièrement.
- Presque la moitié des femmes ont besoin de fantasmer pour parvenir à l'orgasme.

- La majorité des femmes ont recours aux fantasmes lors de la masturbation, et pour la moitié d'entre elle, les fantasmes sont indispensables pour atteindre l'orgasme.
- Les scénarios fantasmatiques semblent rester classiques et loin des images véhiculées par la pornographie et les ouvrages libertins récemment publiés.
- Les principaux scénarios sont : faire l'amour dans des endroits insolites, la soumission, être une femme irrésistible…

Ces résultats sont intéressants mais ils devraient être confirmés par une étude avec une méthodologie rigoureuse. Il existe un biais de sélection par Internet, notre population est jeune et non représentative de la population générale. Au vu de notre étude, la sexualité se joue également dans l'imaginaire. Les fantasmes sont très présents dans la vie des femmes. Ils peuvent être comme le corps et ses zones érogènes un des éléments fondateurs de l'orgasme. Cependant, la femme préserve son intimité et n'est pas prête à réaliser tous ces fantasmes. Il reste difficile de pénétrer l'imaginaire érotique, de le coder, de le quantifier. Il fait partie intégrante de l'individu, façonné par l'enfance, l'éducation, l'environnement et les expériences vécues. La poésie y demeure, ne l'effarouchons pas…

MOTS CLÉS :
Fantasme, imaginaire érotique, féminin, enquête, internet

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :
Badinter E. L'un et l'autre, des relations entre hommes et femmes. Odile jacob, paris 1986
Crépault C. L'imaginaire érotique et ses secrets. Sillery, presse de l'université du Québec 1981
Hite S. Le rapport hite. Laffont 1976
Kinsey A. Pomeroy W. Sexual behavior in the human female. Philadelphie, saunders, 1953
Pasini W, Crépault C. L'imaginaire en sexologie clinique. Puf 1987

FORUM ÉTUDIANTS

INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE ET SEXUALITÉ

Nathalie DESSAUX

Psychologue clinicienne et sexologue
nathalie.dessaux@mac.com

Quelle influence le fonctionnement émotionnel a-t-il sur la sexualité ?

Ce questionnement est né de la rencontre avec certains patients venus consulter pour une difficulté sexuelle. Se pouvait-il que l'ignorance dans laquelle ils se trouvaient quant à ce qu'ils ressentaient dans toutes situations puisse être en lien avec leur problématique sexuelle ?

Les émotions sont des réactions qui engagent à la fois le corps et l'esprit. Le cortège de réactions physiologiques par lesquelles elles se manifestent (phénomènes vaso-moteurs, accélération du rythme cardiaque, tremblements...) joue le rôle d'alarme pour l'organisme, lui indiquant la bonne direction à prendre en situation de prise de décision, ou entraînant une focalisation accrue de l'attention.

Tout comportement s'assortit d'une émotion (part corporelle) et d'un sentiment (part cognitive) qui lui est propre. C'est ainsi que les sensations sexuelles (désir, excitation, plaisir) sont les émotions spécifiques du comportement sexuel. Que se passe-t-il alors lorsqu'un individu se trouve dans la confusion ou dans l'aveuglement émotionnel ? Quelle incidence sur son fonctionnement sexuel ?

A partir du concept d'intelligence émotionnelle développé par Mayer et Salovey (1990), nous avons évalué le fonctionnement émotionnel en corrélation avec plusieurs dimensions de la sexualité (satisfaction sexuelle, assertivité sexuelle, attitudes amoureuses et sexuelles). Cette étude, à seule visée exploratoire en raison de la taille de son échantillon (60 personnes), a notamment pu mettre en évidence un lien consistant entre une bonne utilisation des émotions et la satisfaction sexuelle, ouvrant par là-même une voie dans la prise en charge thérapeutique de ces patients : l'éducation émotionnelle.

MOTS CLÉS :
Emotions – sensations – satisfaction sexuelle – intelligence émotionnelle – alexithymie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Damasio, A. (1994). *L'erreur de Descartes.* Paris : éditions Odile Jacob.
Everaerd, W. (1988). Commentary on sex research : sex as an emotion. *Journal of psychology and human sexuality.* 1-2, 3-15.
Salovey P., Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality.* 9, 185-211

FORUM ÉTUDIANTS

INTÉRÊTS DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS DANS L'ÉTUDE DES ADULTES PORTEURS D'UNE ANOMALIE URO-GÉNITALE MAJEURE

Nicolas MOREL JOURNEL

Praticien Hospitalier Urologue
nmoreljournel@ch-annecy.fr

Les patients porteurs d'une ambiguïté sexuelle posent aux chirurgiens pédiatriques de nombreux problèmes : le choix du sexe d'élevage étant très débattu et reste parfois controversé.
Mais d'autres interrogations dépassent largement les spécialités médicales
- tout d'abord, il m'apparaît que la question des ambiguïtés sexuelles et de leur « traitement » renvoie aux catégories du masculin et du féminin et de leurs représentations. L'appréhension d'un tel sujet implique de fait une ouverture au champ des sciences humaines et sociales ;
ensuite, les études globales mobilisées dans ce travail montrent des limites. Sans revenir sur les limites du nombre de cas sur lesquels elles s'appuient, on peut remarquer combien les questions liées à la sexualité sont délicates d'une part et peu standardisées d'autre part. Ces études font sans doute écran à des histoires personnelles éminemment plus complexes. Une étude plus approfondie de quelques cas apparaît indispensable pour donner une meilleure idée de ce que vivent ces patients au quotidien et de ce qu'ils ont vécu.
L'enfant acquiert la conviction d'être un homme ou une femme par un processus d'identification primaire où l'attitude consciente et inconsciente des parents est déterminante. Cette notion de genre est dichotomique et rend obligatoire l'assignation sexuelle précoce dans nos sociétés. Mais on voit apparaître des mouvements comme la mobilisation « intersexe » qui ne veut pas que soit pris de décision concernant l'assignation à un sexe avant la majorité « légale » de la personne concernée par une ambiguïté sexuelle. Il faut donc questionner la notion de la différence des sexes en essayant de comprendre si la différence entre masculin et féminin est si évidente. Car c'est cette différence très marquée entre féminin et masculin dans notre société qui conditionne en partie les décisions médicales prisent dans les cas d'ambiguïté sexuelles.
Il ressort de ce travail que le devenir à l'âge adulte des enfants atteints d'ambiguïté sexuelle reste problématique et le restera en l'état actuel des technologies permettant de réaliser une chirurgie reconstructrice. La grande intrication du culturel et du médical dans les problèmes de différenciation sexuelle rend nécessaire l'utilisation de nouvelles techniques d'entretien afin de recueillir le plus d'informations utiles avant de choisir un traitement. Ces entretiens mettent en évidence un certain nombre de fausses croyances des médecins vis à vis de leur patients, dans deux des trois cas étudiés le traitement proposé aurait peut-être été différent si un entretien semi-directif avait été réalisé. Certains chercheurs en sociologie montre que la bicatégorisation des sexes n'est pas si évidente que cela d'un point de vue théorique et ils proposent l'idée d'un continuum entre les sexes. L'application clinique de ces théories pourrait être d'accepter l'existence d'individu qui serait à la fois homme et femme surtout si les traitements proposés sont lourds et peu fonctionnels. Mais il ne faut pas oublier que la société dans laquelle nous vivons est très normative et ne semble pas apte actuellement à accueillir ce type d'individu. L'a-normalité devient alors un facteur d'exclusion et de souffrance. Une approche multidisciplinaire s'impose ainsi que la collaboration avec d'autres disciplines occasionnellement(religion, sociologie….).

MOTS CLÉS :
Ambiguïtés sexuelles, Entretiens semi-directifs, Masculin/Féminin, Multidisciplinaire, Adultes.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Creighton SM et al : Objective cosmetic and anatomica outcomes of feminising surgery for ambiguous genitalia done in childhood *Lancet, 2001, 358 : 124-125*
- Gardey D et al : L'invention du naturel (les sciences et la fabrication du féminin et du masculin) *Editions des archives contemporaines 2000*
- Treppoz S : Evolution lointaine des filles atteintes d'HCS par déficit en 21- Hydroxylase. *Thèse de docteur en médecine soutenue en 1993, Lyon, 117 p*

FORUM ÉTUDIANTS

COMING-IN : PRISE DE CONSCIENCE D'UNE ORIENTATION HOMOSEXUELLE, AFFECTS ASSOCIÉS, CONSÉQUENCES SUR LA SEXUALITÉ

Patrick PAPAZIAN

Médecin Sexologue – Directeur Général Agence de Communication Santé
ppapazian@noos.fr

La sexualité des hommes homosexuels et ses relations avec l'état thymique constituent un champ d'investigations peu défriché à ce jour. La publication des travaux de Bancroft en 2003 a fait avancer nos connaissances dans ce domaine, soulignant le rôle « stimulant » parfois joué par la dépression et/ou par l'anxiété sur la vie sexuelle des hommes homosexuels. L'accent était mis, en conclusion de ces études, sur le rôle joué
probablement par le « climat thymique » de découverte d'une orientation homosexuelle par l'individu.
Afin de mieux connaître cette dernière dimension, un questionnaire a été établi et une enquête a été menée sur une population de 190 hommes homosexuels recrutés directement lors de la Gay Pride parisienne 2005, ou sur internet. Les résultats de ce travail confirment les représentations pressenties, 8 personnes interrogées sur 10 témoignant par exemple d'une anxiété et/ou d'une tristesse associée à cette prise de conscience. La singularité de cette étape et la charge émotionnelle qui lui est associée nous conduisent à proposer le concept de ***coming-in***, défini par ***le moment théorique de prise de conscience d'une orientation homosexuelle et par le travail psychique réalisé par l'individu pour intérioriser cette information et les affects qui lui sont associés.***
La manière de vivre ce ***coming-in***, variable d'une personne à l'autre, pourrait avoir des conséquences sur les liens ultérieurs entretenus entre variations de l'humeur et sexualité ; dans la perspective des idées de Bancroft, le ***coming-in*** pourrait notamment consolider ou fragiliser la frontière entre « tension générale » et « tension sexuelle », et favoriser chez certains la résolution d'une problématique non-sexuelle par un passage à l'acte sexuel.

L'exploration du ***coming-in*** chez un individu d'orientation homosexuelle, en souffrance sexuelle ou générale, pourrait être favorisée par des outils dérivés du questionnaire proposé, et s'inscrit dans une démarche de promotion globale de la Santé Sexuelle.

MOTS CLÉS :
Homosexualité - dépression - anxiété – enquête - « coming-in »

Références bibliographiques :
Bancroft J, Janssen E, Strong D et coll. *The relation between mood and sexuality in heterosexual men.* Archives of sexual behavior, 2003. 32 : 217-230.
Bancroft J, Janssen E, Strong D et coll. *The relation between mood and sexuality in gay men.* Archives of sexual behavior, 2003. 32 : 231-242.
Bancroft J. *Central inhibition of sexual response in the male : a theoretical perspective*. Neuroscience and Biobehavorial Reviews, 1999. 23 : 763-784
Biernbaum MA et coll. *Differences between matched heterosexual and non-heterosexual college students on defense mechanisms and psychopathological symptoms.* J Homosex, 2004. 48 : 125-41.

FORUM ÉTUDIANTS

ETRE UN HOMME, UNE FEMME, UN HANDICAPÉ, UN CAS DE TROUBLE DE L'IDENTITÉ SEXUELLE CHEZ UN TÉTRAPLÉGIQUE POLYNÉSIEN.

Florence SCHINDLER

Médecin Généraliste
docteur.schindler@wanadoo.fr

Ce mémoire est construit à partir du cas « d'une femme à part », Mearii Julien, polynésien, transsexuel, tétraplégique.
Sa prise en charge est globale, pluridisciplinaire, spécifique, basée sur une relation de confiance, une écoute de qualité, lui permettre de faire le deuil de son état antérieur de réapproprier son corps, de lui « redonner son identité », de « femme », pour devenir « active ».
Dans un deuxième temps, sera étudié le processus de construction identitaire qui amène un homme, polynésien, à devenir une femme, considéré comme un mahu ou un raerae.
Ce qui domine s'est l'acquisition très jeune, d'un sentiment « d'être femme », la souffrance et le mal être sous jacent, surtout pour les raerae, l'ambiguïté des attitudes de la société tahitienne. La transsexualité polynésienne n'est-elle pas avant tout un problème individuel, personnel ?
La principale difficulté rencontrée pour construire ce mémoire est l'absence de consensus et d'études scientifiques.

MOTS CLÉS :
Tétraplégie, Handicap, Reconstruction psychique, Estime de soi, Trouble de l'identité sexuelle

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

ABRAHAM F., (1969), *Les perversions sexuelles now,* Ed. Paris, Bus Production de Paris 1 volume : 367p
BEAUVOIR S., (1949) *Le deuxième sexe,* Paris, Ed. Gallimard, 2 volumes
BENJAMIN H., (1996) *The Transsexual phenomen,* New York, Julian Press
BESNIER, N.,(1994) *Polinesian gender liminality, though time and space,* in Hendt, Gilbert (dir.) Third sex, third gender: Beyong sexual dimorphism in culture and history: 285-328. New York Zone Book
BONIERBALE M.,(2002) *Transsexualisme, évolution des idées et de la prise en charge en France*, Neuropsy News 1,5,2002 : 217 – 223

FORUM ÉTUDIANTS

MAISON DE RETRAITE OU ÉMOTIONS A LA RETRAITE

Marc WATTEZ

DIU Marseille
vanderaa@club-internet.fr

Étude sur le comportement sexuel des personnes âgées de 80 à 90 ans en maison de retraite

OBJECTIF :
Etude descriptive et comparative sur une population mixte de 108 personnes, réparti en 75 femmes et 33 hommes ayant un AGGIR de 5 ou 6 et un MMSE d'au moins 25.

MOYENS :
Les pensionnaires choisis ont entre 80 et 90 ans, et vivant en institution de retraite (10 réparties sur la région d'Aix en Provence).
Ils ont été interviewés à l'aide de 20 questions dont 18 déjà utilisés lors de l'étude réalisée par le Dr SARRADEL en 2001 pour un travail similaire.

RÉSULTATS :
L'étude montre un intérêt pour la sexualité aux vues de la participation générale, malgré le fait que les personnes âgées interviewées n'en parlent (à 95%) que rarement avec l'entourage.
La sexualité est pour les pensionnaires symbole de tendresse (dans 100% des cas).
Les personnes interviewées déclarent normal de parler de sexualité avec le médecin.
La sexualité a une connotation agréable dans 70% des réponses.
Une des problématique retrouvée est bien plus celle du manque de partenaire, de l'absence de sollicitation, que du refus d'avoir des rapports sexuels.
Seuls 25% des pensionnaires disent avoir eu un rapport sexuel et 60% affirment se caresser régulièrement.
Lors du rapport sexuel, 60 à 70% des pensionnaires interviewés déclarent avoir eu un orgasme.
Le désir est présent dans 50% des réponses.
C'est le manque de partenaire, bien plus que le déficit en désir qui est présent.
Une sensation de bien être ou de plaisir est retrouvée dans 45 à 50 % des réponses.
Le taux de satisfaction de la vie sexuelle actuelle des pensionnaires n'est que de 5 à 6 %.
L'érection est au rendez-vous dans 60% des réponses, et l'éjaculation est rarement prématurée.
La lubrification vaginale semble suffisante dans 50 % des réponses.
Bien que l'orgasme ne soit plus le seul but recherche, il est présent dans plus de 50 % des réponses. Les caresses et la tendresse ont remplacé cet objectif.
Les rapports sexuels sont bien supportés, entraînent peu de malaise et peu de douleurs.
En institution, les personnes âgées recherchent et aiment le contact des personnes plus jeunes, elles disent rencontrer de nouveaux amis, mais n'apprécient pas la compagnie des personnes souffrant de déficience mentale.

CONCLUSION :
Il est nécessaire de rendre aux pensionnaires des institutions l'intimité à laquelle elles ont droit. Nous devons en tant que soignant permettre l'échange de manière organisationnelle et en modifiant nos propres mentalités.

MOTS CLES :
Comportement sexuel – désir – enquête - institution de soin - personnes âgées –

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :
Badeau D, Bergeron A. La santé sexuelle après soixante ans : une approche globale de la sexualité des adultes âgés. Montréal : ed du Méridien, 1991.
Belaïsch J. Sexualité du troisième âge féminin, au-delà des abandons du corps tout est encore possible !. 15ème congrès national de sexologie, Paris France , 2001 [en ligne] [consulté 2005-01-20]. Disponible à partir : URL : <http://www.jim.fr/jim/data/bdc/base/3B/70/06/8D
Cannasse S. Sexualité et personnes âgées : « Et la tendresse, gamin ? ». Le quotidien du médecin 10 janvier 2002 : 12
Colson M-H. Sexualité et vieillissement. Gérontologie et société 1997 ; 82 :106 -19.
Cooley M.E. Le sexe et l'âge. Expression, bulletin du conseil consultatif national sur le troisième âge [en ligne] 2002 ; 15-2 : 1-8. [consulté 2005-01-20]. Disponible à partir : URL : <http://www. naca-ccnta.ca/expression/15-2/exp15-2_toc_f.htm

FORUM ÉTUDIANTS

QUAND PÉDAGOGIE RIME AVEC SEXOLOGIE OU PETITS OUTILS PRATIQUES POUR LA PRATIQUE

Marie Line LASSAGNE

Conseil en sexologie, Responsable d'un centre d'aide pédagogique privé
mllassagne@aol.fr

Se lancer dans l'exercice de la sexologie nous amène à nous poser de nombreuses questions. Issue d'un milieu professionnel où la démarche pédagogique est omniprésente, je me suis demandée jusqu'à quel point les compétences que j'avais développées jusqu'alors allaient m'être utiles. Autrement dit :

Est-ce que pédagogie peut rimer avec sexologie ?

Tout au long de ma jeune expérience de conseil en sexologie, la démarche pédagogique m'a aidée à créer des outils pour enrichir ma pratique. Les voici :

1 . Le premier est une fiche guide pour apprendre à mieux écouter :
En sexologie, un des premiers savoir-faire que nous devons acquérir ou consolider est de savoir mieux écouter. Or savons-nous écouter ?
Pour perfectionner ce savoir-faire, j'ai construit une fiche pratique à partir d'un ouvrage de référence en matière d'écoute.

2 . Le second est une fiche guide pour mener une première séance :
Dans notre pratique sexologique, poser un diagnostic est indispensable.
Lors du premier entretien, nous sommes déjà amenés à faire quelques investigations. Pour nous aider à procéder avec méthode, cette fiche reprend les questions incontournables d'une première rencontre.

3 . Le troisième est une fiche guide pour l'évaluation :
A la suite de la première séance, et pour établir notre diagnostic, nous devons compléter notre évaluation.
J'ai élaboré une liste bien détaillée des points à évaluer.

4 . Puis viennent une fiche d'objectifs et un « guide de découverte » pour aider les femmes à compléter certains apprentissages :
En prenant l'exemple de la situation des femmes qui se plaignent d'anorgasmie primaire, dont l'attente serait de pouvoir vivre des orgasmes coïtaux, voici les sous-objectifs énoncés, et à partir de ceux-ci, un « guide de découverte », utilisable comme une petite aide à l'exploration du corps et des sensations corporelles.

5 . Enfin, voici deux types d'outils qui peuvent susciter une réflexion :

A . Des extraits de livres aux thèmes ciblés :
Au fil de nos lectures, certains passages peuvent nous faire réagir.
Je les ai proposés à lire à de nombreuses personnes. Je vous les présente en précisant l'intérêt qu'ils peuvent apporter.

B . Quelques schémas qui permettent de comprendre et expliquer :
A partir des mots prononcés par la personne que nous recevons, nous pouvons construire un schéma et articuler les notions entre elles. Nous offrons ainsi à notre interlocuteur la possibilité d'avoir une vision plus globale de ce qu'il vit. En prolongement, nous pouvons même compléter ce schéma avec des informations complémentaires et de nouveaux liens pour ouvrir des voies de réflexion et des pistes d'évolution.

En sexologie, la pédagogie peut intervenir dans bien des situations. L'aspect éducatif de notre métier nous fait utiliser nos dispositions en matière de pédagogie, parfois sans en être conscients. Pour de nombreuses personnes, dépasser ses difficultés sexuelles conduit souvent à compléter ses apprentissages, la pédagogie peut alors venir efficacement soutenir notre travail d'accompagnement dans ce domaine.
Pédagogie peut donc réellement rimer avec sexologie.

Chacun d'entre nous peut réaliser que les acquis de sa profession antérieure constituent une force. En prendre conscience nous permet de nous sentir davantage en harmonie avec toutes les composantes de notre parcours professionnel.
De plus, la diversité de nos origines professionnelles, constitue un atout formidable pour l'évolution de la sexologie.

MOTS CLÉS :
Harmonisation, Apprentissages, Pédagogie, Méthodes, Outils

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :
Salomé J., « *Relation d'aide et formation à l'entretien* », Presses universitaires de Lille, 1992
Rieunier A., « *Les stratégies pédagogiques efficaces* », ESF éditeur, 2001
De Peretti A., « *Encyclopédie de l'évaluation en formation et en éducation (Guide pratique)* », Hachette Education, 1992
Barbach L.G., « *L'accomplissement sexuel de la femme* », Buchet/Chastel, 1975
Boutot B., « *L'orgasme au masculin* », LeJour éditeur, 1982

FORUM ÉTUDIANTS

L'AMOUR APRÈS BÉBÉ

Chantal CLERGUE-FABRE

Sage-femme

L'objectif de ce mémoire était de prouver que la présence en salle de naissance d'un futur père insuffisamment informé ou pas préparé du tout à la naissance de son enfant pouvait avoir des conséquences désastreuses sur sa sexualité. Deux couples sur trois se séparent dans les deux premières années de vie de bébé.

Il faut se rendre à l'évidence qu'il n'existe pas de guide spécialisé récent et sérieux uniquement consacré à la sexualité pendant la grossesse. Nous utiliserons toutefois trois ouvrages :
1) Master et Johnson : les premiers à avoir étudié et parlé de la sexualité pendant la grossesse
2) Dr Marc Ganem : la sexualité pendant la grossesse : livre épuisé
3) Dr Bernard Fonty : « les pères n'ont rien à faire en salle d'accouchement ».

L'étude a duré 1 an en 2003 et a concerné des femmes ayant accouché à la maternité Ste Monique à Marseille. Primipare et multipare confondues.
Les questionnaires sont distribués essentiellement lors des séances de rééducation périnéale à la mère ou au partenaire dans une enveloppe. J'explique qu'il doit être rempli par le partenaire seul quelquefois la femme me l'a rapporté en me posant des questions car le questionnaire a permis de discuter sexualité à la maison.
Dr Marc Martino a assuré le classement des réponses des 200 questionnaires :
34% seulement ont été récupéré…
Une lettre m'a été adressée car le partenaire a été choqué, le questionnaire ayant heurté sa sensibilité…et celle de son épouse…
Les questions ciblaient la sexualité du couple avant , pendant et après l'accouchement.

Résultats concernant les hommes interrogés :

- 92% ne sont pas attirés par la femme enceinte
- 85% pensaient que la sexualité de leur couple resterait inchangée après l'accouchement
- 15% assistent avec leur femme à une préparation à la naissance pendant la grossesse :
- 62% ont ressenti plus de désir chez leur femme
- 72% ont ressenti moins de désir chez eux
- 70% ne veulent pas en parler à l'accouchement :
- 83% des hommes assistent plus ou moins forcés
- 10% sont perturbés après
- 67% impressionnés par la force, la résistance et le courage de leur femme après l'accouchement :
- 80% des papas s'avouent gênés par la présence du bébé dans la chambre des parents pour reprendre une activité sexuelle qui redémarre en général un mois et demi après.
- 5% seulement sont dérangés par l'allaitement maternel

CONCLUSION

15% seulement des pères assistent à une préparation à la naissance
10% sont choqués après l'accouchement

Il est impératif d'améliorer la prise en charge du père en salle de naissance en proposant :
- des cours aux pères seuls pendant la grossesse puis des cours aux couples
- respecter le choix d'assister ou pas mais aussi de celui de sa femme qui ne désire pas sa présence en salle d'accouchement
- déconseiller de se planquer derrière une caméra pour verrouiller ses émotions et devenir simple spectateur
- innover en accouchant sur le côté beaucoup moins écœurant que de voir sa femme les jambes écartées, la poubelle en dessous nécessitant une grande participation du partenaire

A Ste Monique : nombre d'accouchements en posture :
11 en 2003
152 en 2004
409 en 2005

• 100% papas satisfaits
• 80% péridurales refusées par la femme car le travail est rapide et supportable
• nette diminution des épisiotomies et forceps
• suite de couches améliorées
• reprise plus précoce des rapports sexuels

- Ne pas oublier non plus une prise en charge périnéale très précoce par la sage-femme qui assurera les soins du périnée, conseils de nutrition d'allaitement, contraception et sexualité.
- Savoir écouter, rassurer le jeune couple en restant attentif et disponible.

5 MOTS CLES :

INFORMATION
PREVENTION
RESPECT
COMPLICITE
> COMMUNICATION

Résumés des ateliers

ATELIERS

Atelier 1 : **L'accompagnement du développement psychosexuel :**
Santé sexuelle - Violence sexuelle
M. Desbarats

Atelier 2 : **Sexualité et engagement**
C. Marx

Atelier 3 : **L'affirmation de soi en consultation de sexologie**
F. Parpaix - I. Chaffai

Atelier 4 : **Retrouver l'intimité - Méthode Relationship Enhancement**
N. Sarradon Girbal

Atelier 5 : **La fonction périnéale :**
méthodes d'optimisation pour une meilleure sexualité : intérêt et limites
A. Mamberti-Dias
reprogrammation sensitivo-motrice pour l'éjaculation prématurée
G. Lombardi

Atelier 6 : **Médiation corporelle en sexologie**
M. Dubois-Chevalier

Atelier 7 : **Prise en charge du syndrome de stress post traumatique en sexologie : intérêt de la thérapie émotionnelle EMDR**
S. Reichenbach

Atelier 9 : **Propositions pour une sémantique et une sémiologie ; comment être plus compétent et efficient dans nos évaluations, diagnostics et thérapies ?**
C. Roux Deslandes

ATELIERS

L'ACCOMPAGNEMENT DU DÉVELOPPEMENT PSYCHOSEXUEL :
- SANTÉ SEXUELLE
- VIOLENCE SEXUELLE

Maryvonne DESBARATS

Psychologue, Sexologue, Enseignante D. I . U . de Sexologie – Toulouse (France)

1) OBJECTIFS

• Sensibiliser à l'importance du développement psychosexuel dans la construction de la personnalité, et à son accompagnement
  - Donner des repères de santé sexuelle (OMS)
  - Quelle attitude éducative favorise le développement psychosexuel, les découvertes, les apprentissages
  - Le travail en direction de la santé sexuelle comme prévention de la violence sexuelle
  - Éducation sexuelle et thérapie

2) MOYENS ET METHODE DE TRAVAIL UTILISES

• Rappel théorique
  - Définition
  - Développement psychosexuel
  - La violence sexuelle
  - Pédagogie

• Présentation de cas
• Discussion avec les intervenants sur leur pratique dans ce domaine
• Sensibilisation corporelle

3) MOTS CLES

Réaction sexuelle, Développement psychosexuel, Santé sexuelle, Agression sexuelle, Mutilation sexuelle

4) REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

– *Les réactions sexuelles.* MASTERS W. H. et JOHNSON V. E. (1968), Laffont
– *L'approche sexocorporelle*. DESJARDINS J.-Y. in Dictionnaire de la sexualité humaine (2004), L'Esprit du Temps
– *Au cœur de nos rêveries érotiques*. MONEY J. (2004), Payot
– *Conséquences des maltraitances sexuelles* - Conférence de consensus, Fédération Française de Psychiatrie , 6 - 7 novembre 2003, John Libbey Eurotext
– *Stratégies de lutte contre les mutilations génitales féminines au Mali.* ARNAL-SOUMARÉ.S. in Sexologies (2005), vol XIV,54

ATELIERS

SEXUALITÉ ET ENGAGEMENT

Christophe MARX

Attaché CHU de Nîmes
Chargé d'Enseignement Faculté de médecine de Montpellier

Cet atelier a pour objectif d'approfondir les relations entre la sexualité et le concept d'engagement.

Dans sa composante érotique, génitale et relationnelle la sexualité s'accompagne d'un engagement.
Ce mot peut en effet se décliner suivant différents contextes comme par exemple :
- l'engagement du sportif dans la partie : il se donne complètement
- l'engagement dans une relation et la question de la durée
- l'engagement dans un chemin personnel d'épanouissement ou de recherche
- l'engagement dans la fécondité de la relation (éventuellement biologique par l'enfant)

Il peut être opportun de repérer
- les obstacles à un engagement sain
- les engagements bloquants entraînant des conflits de valeur
- les peurs de s'engager et leurs conséquences sur la libido

Les plaintes fréquentes en rapport avec le non-engagement (en particulier des hommes) pourra éclairer une réflexion sur une approche différente entre hommes et femmes.
Une sexothérapie pourra se développer autour de ces thèmes.
Cet atelier se donne comme but de permettre aux participants d 'utiliser le concept d'engagement dans des études de cas ou des simulations de consultation.

MOTS-CLÉS :
Sexothérapie, Engagement, Baisse de libido

BIBLIOGRAPHIE :
Guillebaud Jean Claude « La tyrannie du plaisir » Seuil 1998
Marx Christophe « La sexualité en quête de sens »; Empreinte-Temps présent 2002
Marx Christophe « Mais où est passée ma libido » : Eyrolles Paris 2005
Turcotte Geneviève, *"L'implication paternelle: Déterminants et modèles d'intervention,"* Les cahiers du GRAVE, Vol 1, No 4, avril 99

ATELIERS

L'AFFIRMATION DE SOI EN CONSULTATION DE SEXOLOGIE

François PARPAIX

Médecin Sexologue Andrologue Psychothérapeute

ASSERTIVITE SEXUELLE
(ou l'estime de soi dans sa vie sentimentale et sexuelle)

Les phobiques sociaux, les timides, les introvertis, les dépendants affectifs, les complexés remplissent nos cabinets. Leur souffrance est palpable. Leurs inhibitions à agir sont encore plus visibles.
Chez eux, tomber amoureux, séduire, faire l'amour, vivre à deux est chaque fois une épreuve : « Je ne m'aime pas ; je suis moche… ». Tout est dit, pour des années, comme une fatalité.

1) Nous relèverons les petites phrases, les attitudes, les comportements évocateurs d'un déficit d'estime de soi, concernant leur vie sexuelle et sentimentale.

2) Nous définirons des critères cliniques sexologiques pour :
   - Définir l'assertivité sexuelle en santé sexuelle.
   - L'évaluer.
   - Rechercher l'incidence sur les autres composantes sexuelles :
     . S'interdire d'être attiré et ne pouvoir que rêver son désir sexuel et amoureux.
     . Ne pas oser séduire.
     . Mal se percevoir dans sa masculinité ou sa féminité.
     . Surcompensation dans son imaginaire érotique
     . Excitation sexuelle fragilisée…

3) Nous envisagerons quelques moyens pour développer l'assertivité sexuelle :
   - Renforcer sa perception sexuelle d'homme ou de femme ;
   - Se réapproprier sa fonction d'excitation sexuelle…

Tout cela, dans un climat interactif et pratique.

ATELIERS

RETROUVER L'INTIMITÉ
MÉTHODE RELATIONSHIP ENHANCEMENT

Nicole SARRADON GIRBAL

Psychologue, psychothérapeute

1°) LES OBJECTIFS DU TRAVAIL PRÉSENTÉ

Présenter une méthode de travail avec les couples en difficulté, permettant de restaurer rapidement un minimum d'intimité pour que le travail entrepris par ailleurs puisse se poursuivre dans de bonnes conditions (traitement de la sexualité, de la stérilité, entre autres).

Cette méthode a été créée par Louise et Bernard GUERNEY aux USA dans les années 60. Elle est utilisée pour réparer une relation compromise ou développer une relation positive.

2°) LES MOYENS ET LA MÉTHODE DE TRAVAIL UTILISÉS À CETTE FIN

Cette méthode, dans le registre des thérapies brèves, permet aux couples qui traversent des épreuves de renforcer leur relation sur le plan affectif, émotionnel, comportemental, etc… et ce, pour quelque mois ou quelques années.

« Coup de fouet à la relation » (si j'ose m'exprimer ainsi !), elle est aussi apprentissage d'un certain mode d'être en relation.

Basée sur un modèle éducatif, elle ne se présente pas comme cherchant à « guérir », mais à entraîner le couple à « développer des savoir-faire » en matière de communication.

C'est un apprentissage étape par étape, avec des objectifs précis et définis à chaque étape, dans des modalités convenues et en « en temps désigné ».

Le nombre des séances, leur durée (de 50 minutes à 2 heures) et leur fréquence, les objectifs à atteindre sont définis lors de la 1re séance.

Il est fréquent d'observer des améliorations importantes dès les 3 ou 4 premières heures. Le temps moyen pour atteindre les objectifs est de 10 à 20 heures.

3°) VALIDATION DE LA MÉTHODE RELATIONSHIP ENHANCEMENT,

De nombreuses études aux USA confirment la validité et l'utilité de cette méthode. Vous en trouverez une liste exhaustive dans le livre de Rob Scuka cité en références.
L'étude de Giblin, Sprenkle et Sheehan en 1985 porte sur des milliers de couples et en comparaison avec une douzaine d'approches thérapeutiques. Elle valide cette méthode comme une des plus performantes.
L'étude de Guerney, Vogelson et Coulaf en 1983 montre un très bon maintient des résultats 6 mois après la fin des séances.

C'est aussi notre pratique qui nous permet de valider cette méthode et son utilisation avec des personnes de tous milieux et toutes conditions.

Elle est particulièrement bien acceptée par les rebelles à l'introspection.

4°) LES PRINCIPES OPÉRANTS EN RELATIONSHIP ENHANCEMENT,

RE prend appui sur les principes et pratiques des grands courants en thérapies psycho-dynamiques, humanistes, comportementales, interpersonnelles (systémique, constructivisme).

Ce qui est novateur c'est le processus mis en place.

Basé sur l'apprentissage de 9 savoir faire, l'enseignement aux couples se fait au travers d'un entraînement minutieux, des séances de pratique, du feed-back et des renforcements.
La manière de s'écouter et de se dire a une importance de premier rang. Ainsi que l'articulation entre l'écouté et le dit.

RE a été conçu pour produire des changements en synergie à des niveaux multiples : cognitifs, affectifs, comportementaux.

RE est utilisé et enseigné par des professionnels qui ont été formés supervisés et certifiés.
Il existe un processus de formation et de certification en France pour les professionnels.

MOTS CLÉS :
Couple, Relation, Intimité, Relationship Enhancement, Thérapie brève

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Guerney, B.G.,Jr *Relationship Enhancement,: Skills Training Programs for Therapy, Problem Prevention, and Enrichment.* San Francisco, Jossey-Bass, Inc., 1977.

Rober F. Scuka *Relationship Enhancement Therapy:* A Guide to Highly Effective Couples Therapy . Routledge, 2005

ATELIERS

LA FONCTION PÉRINÉALE : MÉTHODES D'OPTIMISATION POUR UNE MEILLEURE SEXUALITÉ : INTÉRÊT ET LIMITES

André MAMBERTI-DIAS

Kinésithérapeute en périnéologie

La réhabilitation fonctionnelle périnéale, par ailleurs opérante en urologie et colo-proctologie, a été appliquée aux dysfonctions sexuelles à Marseille dés 1983. Il ressort de ces années de pratique en rééducation pelvienne qu'une bonne synergie - releveurs de l'anus / pénis - lors du rapport sexuel est un élément renforçateur pour l'érection et valorisant pour le vécu orgasmique.

OBJECTIFS :
L'atelier permet de faire le point des avantages acquis et confirmés de la réhabilitation fonctionnelle musculaire périnéale dans le cadre de la sexualité.

MOYENS - MÉTHODE :
Les moyens mis en œuvre pour cette optimisation sont l'évaluation manuelle, la prise de conscience et le renforcement digital quand la fonction existe. Lorsque la fonction volontaire d'occlusion musculaire périnéale fait défaut on a alors recours à l'électrostimulation fonctionnelle et au biofeedback.
Dans une étude réalisée entre 1996 et 2003 avec 190 patients hommes sexuellement dysfonctionnant (échantillon de 18 - 82 ans avec une ancienneté du problème de 3,2 ans), on trouvait 165 patients sur 190 (87%) présentant une dysfonction périnéale.
Une autre étude réalisée entre 2000 et 2002 sur 22 femmes qui présentaient une anorgasmie, dont 15 avec dyspareunie de pénétration, on relevait 17 (77%) patiente avec une dysfonction périnéale proprement dite.

RÉSULTATS :
Dans les deux études les résultats obtenus chez ces patients qui ont suivis une rééducation périnéale, présentent un indice de satisfaction corrélé par l'amélioration fonctionnelle de la musculature périnéale.

CONCLUSION :
On a pu ainsi déterminer des pronostics favorables ou défavorables en préalable à une conduite thérapeutique rééducative.

MOTS-CLEFS :
(TEPF) thermo-évaluation pénienne des fantasmes, (STCP) stimulation transcutanée pénienne, (BFB) biofeedback, (SNM) stimulation neuromusculaire, (ICP) inversion de commande périnéale,

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :
1 - Lavoisier P. Réhabilitation for the circumvaginal musculature, Ed.Benjamin GRABER, Karger Publishers, N.Y. 1982-88-92
2 - Valero, Mamberti-Dias, Rééducation périnéale et dysfonctions sexuelles féminines - Contraception-fertilité-sexualité- 1985 - Vol 13, N°11, pp 1161-1163

3 - Lavoisier P, Courtois F, Barres D: Correlation between intracavernous pressure and contraction of the ischiocavernosus muscle in man. J Urol 139:396, 1988
4 - Mamberti Dias A, Bonierbale M : Explorations fonctionnelles en sexologie. In : Le Plancher pelvien, Bourcier A (Ed), Paris Vigot, pp 189, 1989
5 - Lavoisier P, Schmidt M, Alaoui R : Intracavernous pressure increases and perineal muscle contractions in response to pressure stimulation of the glans penis. Int J Imp Res, 4 :157,1992

ATELIERS

REPROGRAMMATION SENSITIVO- MOTRICE DANS LE SYNDROME DE L'ÉJACULATION PRÉMATURÉE

Guy LOMBARDI

Rééducateur en uro-gynécologie et sexologie

La rééducation pelvi-périneo-sphinctérienne permet une nouvelle approche de l'éjaculation précoce.
Le rôle des thérapies, quelles que soient les méthodes décrites (squeeze technique, stimulation intermittente de Semans, stop start n'insistent pas suffisamment sur l'éveil, le perfectionnement ou le redressement de la capacité sensitive. Cette phase de prise de conscience nous paraît importante pour maximiser les chances de succès thérapeutique.
La reprogrammation sensitivo- motrice doit permettre à l'homme porteur du symptôme, de percevoir et d'analyser les prodromes annonciateurs de l'éjaculation, afin d'en tenir compte.
La méthode consiste à stimuler électriquement les régions périnéale et pénienne pour induire des sensations, afin d'obtenir le rétablissement du contrôle éjaculatoire.
Ces différentes modalités sensitives et motrices permettent une mémorisation (sensorielle et motrice)

Les séquences d'électrostimulation peuvent avantageusement s'intercaler avec d'autres séquences, en utilisant du biofeedback pour une facilitation proprioceptive et neuromotrice.
Le gain sensoriel et moteur obtenu, permet au patient de moduler une rétroaction inhibitrice grâce au contrôle de ses muscles striés pelvi-périneaux, empêchant ainsi l'émission de sperme de façon involontaire.

Les modalités pratiques et les résultats seront présentés lors de l'atelier.

MOTS-CLÉS :
Gain sensoriel, Rétroaction inhibitrice.

ATELIERS

MÉDIATION CORPORELLE EN SEXOLOGIE

Mireille DUBOIS CHEVALIER

De tous les symptômes le symptôme sexuel est, sans doute, le plus « symptomatique ».
En effet le symptôme peut se définir comme un trouble fonctionnel, expression objective ou subjective d'un déséquilibre soma / psyché, qui attire l'attention et comme un signe porteur d'une signification utile à la personne.
De ce que l'on sait de la sexualité elle est, par excellence, LA fonction génératrice de conflits, déséquilibres, interdits et tabous.
Les psychothérapies à médiation corporelle (relaxations) s'adressent au corps (imaginaire) et l'utilisent comme moyen de travail sur et de résolution du symptôme.
« Les fonctions psychiques, les organes psychiques, les instances psychiques, dérivent par étayage des fonctions organiques » (D. Anzieu)
On parle de corps métaphorique et les inductions de relaxation s'adressent alors, par la médiation du corps réel, à ces fonctions psychiques.
La prise en charge du symptôme sexuel par relaxation peut alors opérer à trois niveaux :
- premier niveau : entraînement à la détente, au relâchement des tensions, à la déconnection mentale, à la diminution des défenses donc ; entraînement à la « disponibilité corporelle » ;
- deuxième niveau : prise de conscience et prise en compte du corps comme organe d'agréable, de bien-être, de ressourcement ; prise en compte de la boucle soma-psyché-soma ;
- troisième niveau : résurgence d'émotions, de souvenirs ; prises de conscience et résolution des conflits par le corps ; intégration de l'unité somato-psychique.

L'indication d'une prise en charge par relaxation des symptômes sexuels repose sur l'évaluation de la personnalité du patient et sur le contexte (conjugal, social) de survenue du symptôme.
Ce sont chacun de ces points qui seront envisagés dans cet atelier.

MOTS CLÉS :
Symptôme sexuel, relaxations, corps réel, corps imaginaire, corps métaphorique.

BIBLIOGRAPHIE :
- ANZIEU D. : Le Moi-peau ; Dunod, Bordas, Paris, 1985
- BRENOT P. : La relaxation ; Que sais-je ?, P.U.F., Paris, 1998
- BRENOT P., KEPES S. : Relaxation et sexualiité, O. Jacob, Paris, 1998
- DURAND DE BOUSINGEN R. : La relaxation ; Que sais-je ?, P.U.F., Paris, 1977
- SAMI-ALI : Corps réel, corps imaginaire, Dunod, Bordas, Paris, 1977

ATELIERS

PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DE STRESS POST TRAUMATIQUE EN SEXOLOGIE : INTÉRÊT DE LA THÉRAPIE ÉMOTIONNELLE EMDR

Steven REICHENBACH

Psychiatre Sexologue

L'EMDR est une technique situe au carrefour des thérapies comportementales, cognitives, de soutien et d'hypnose ericksonienne. Cette thérapie a été créée il y a une vingtaine d'année, par Francine Shapiro, Psychologue américaine.
Cette technique fait partie des thérapies brèves. Souvent 5 à 10 séances suffisent pour traiter des traumatismes. L'EMDR permet également de dynamiser une psychothérapie qui parfois tourne en rond.
En effet, l'EMDR s'adresse a d'autres canaux que ceux du cerveau cortical. On s'adresse aux émotions, aux sensations physiques qui restent bloquées et participent aux symptômes anxieux. Les émotions, les sensations physiques permettent de remonter au cortical. Certaines émotions permettent de retrouver des scènes anciennes disparues de la conscience
Les principales caractéristiques de cette technique sont l'hypothèse que le sujet a en lui les ressources pour trouver des solutions à ses problèmes ; la durée brève de la thérapie ; l'enseignement de l'autothérapie ; le caractère direct de l'intervention thérapeutique ; l'utilisation de suggestions directes.

Les syndromes de stress post traumatiques sont fréquents en consultation de sexologie. Ils se définissent par la présence de symptômes physiques (douleurs, contractions), psychiques (anxiété, dépression) ou émotionnelles lies a l'événement traumatique.
En consultation de sexologie, nombreuses sont les indications de prise en charge par EMDR dans les cas de viol, de vécu abandonnique interférant négativement dans les relations de couple.

L'atelier se propose de décrire les symptômes de stress post traumatiques les plus fréquemment observés en sexologie. L'approche EMDR sera exposée sous forme de vidéographie de cas cliniques

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

Edmond T., Sloan C., Maccarty D. (2004), "Sexual abuse survivors' perceptions of effectiveness of EMDR and eclectic therapy: a mixed-methods study, Research on social work practice, 14, 259-272

Shapiro, F (dir) (2002), "EMDR as an integrative psychotherapy approach: experts of diverse orientations explore the paradigm prism", Washington DC, American Association Books

ATELIERS

PROPOSITIONS POUR UNE SÉMANTIQUE ET UNE SÉMIOLOGIE ; COMMENT ÊTRE PLUS COMPÉTENT ET EFFICIENT DANS NOS ÉVALUATIONS, DIAGNOSTICS ET THÉRAPIES ?

Claude ROUX DESLANDES

Sexologie clinique (Pau),
Chargée de cours au DIU Toulouse
Responsable de la formation sexocorporelle au CIFRES (Toulouse)

OBJECTIFS :
Apprendre et développer à partir des définitions de ces termes et leurs réalités fonctionnelles un savoir, un savoir faire, un savoir être.

1° SAVOIR :
- nos connaissances
- les définitions qu'il serait important de se donner
- à quoi cela peut nous servir dans notre démarche clinique

2° SAVOIR FAIRE :
- savoir faire la différence entre ces réalités
- comment en clinique : questionner, repérer
- comment donner des informations

3° SAVOIR ÊTRE :
- acquérir une agilité clinique pour être capable d'accompagner nos patients
- être clair avec nous même pour ne pas être dans la confusion

Nous travaillerons dans cet atelier en nous appuyant sur la métaphore du navigateur perdu dans l'océan de sa fonctionnalité sexuelle (patient) et le rôle de l'aide (le thérapeute) pour pouvoir se resituer sur sa carte narine et faire avancer son bateau vers un cap donné…

MOTS CLÉS :
Désir sexuel, érection, vasocongestion, excitation sexuelle plaisir sexuel fonctionnalité sexuelle et génitale.

Résumés des conférences

CONFÉRENCE

LE COUPLE FACE AU VIH

Président : A. Giami
Modérateur : H. Bertone

De la promiscuité au couple
A. Giami

Sexualité des séropositifs : enquête VESPA
MA. Schiltz

Prise en charge sexologique du couple vivant avec le VIH
T. Troussier

Faut-il intervenir ?
J. Levy

CONFÉRENCE

EPIDÉMIOLOGIE DU SIDA : LE STATUT DU PARTENAIRE SEXUEL AU REGARD DU RISQUE

Alain GIAMI

Directeur de recherche Inserm

OBJECTIFS :
Dès la connaissance des premiers cas de ce qui allait devenir le sida, il a été nécessaire d'établir des critères d'identification et de classification permettant de dénombrer l'évolution du nombre de cas. C'est dans ce contexte qu'il a été nécessaire de distinguer les différents modes de contamination par le virus. On présentera une analyse rétrospective de l'évolution des catégories des modes de transmission du virus et des différents groupes exposés à ces risques visant à mettre en évidence l'émergence progressive de la notion de "partenaire", dans un premier temps et de couple ensuite.

MÉTHODE :
Etude rétrospective des systèmes de classification utilisés dans les catégories épidémiologiques de l'infection à VIH, en France.

RÉSULTATS :
Les premières classifications des cas de sida ont identifié des individus placés dans des "groupes de contamination" et des "groupes à risques". Progressivement, la question du groupe d'appartenance du partenaire a émergé à propos des "cas de transmission par voie hétérosexuelle". On a ainsi commencé à parler de couples séro-discordants. A partir du début des années 90, la prise en compte du partenaire homosexuel et de la relation de couple homosexuel s'est développée et le risque de contamination est apparu au sein même de cette relation de couple. Le "partenaire sexuel" a ainsi été désigné selon son mode de contamination par le virus, son origine géographique, son activité comme travailleur(se) du sexe, ou dans une catégorie plus large de "multipartenariat". Le statut du "partenaire stable et régulier" sera discuté en rapport avec la question du risque de contamination.
Conclusion : L'analyse des systèmes de classification des catégories de groupes à risques permet de décrypter l'évolution des modes de représentation de l'épidémie de VIH-sida.

MOTS CLÉS :
VIH-sida, couple, contamination, groupe à risque

RÉFÉRENCES :
Giami A. (1998). Les impacts du sida sur la sexualité. *Panoramiques*, 34, pp. 162-170.
Henriksson B. (1995). *Risk Factor Love. Homosexuality, sexual interaction and HIV prevention.* Goteborg, University Press.
Oppenheimer G. (1988). "In The Eye of The Storm: The Epidemiological Construction of AIDS." p. 267-300 in : E. Fee, D. Fox (eds.) *AIDS: The Burden of History.* Berkeley, University of California Press.

CONFÉRENCE

LA SEXUALITÉ DES PERSONNES ATTEINTES PAR LE VIH : ENTRE INHIBITION, RESPONSABILITÉ ET INCONSCIENCE ?

Marie-Ange SCHILTZ

Ingénieur de Recherche
CAMS – CNRS

ANRS-EN12-VESPA

En France, la population des personnes atteintes par le VIH est hétérogène. L'enquête VESPA, (VIH : Enquête sur les personnes atteintes) donne toute la mesure de cette diversité. Après avoir présenté les modes de vie affectifs et sexuels des différents groupes de personnes atteintes, on rendra compte des difficultés que vivent les personnes atteintes confrontées à la maladie, aux traitements et aux risques d'exclusion.
Plus du tiers des répondants déclarent des partenaires occasionnels dans l'année ; ce taux est maximal parmi les bi- et homosexuels. Avec les partenaires de rencontre, la difficulté d'usage du préservatif reste la première des raisons pour ne pas se protéger. Les tests biologiques (mesure de la charge virale ou la connaissance du statut sérologique du partenaire) font clairement irruption dans les justifications. Une forte minorité esquive la difficulté en oubliant, renvoyant la responsabilité de se protéger sur l'autre ou n'osant pas affronter la suspicion et l'opprobre que pourrait entraîner une telle demande.
Les deux tiers des répondants déclarent une relation stable. Très majoritairement, sauf parmi les migrant/es originaires d'Afrique sub-saharienne, ce partenaire connaît la séropositivité du répondant. Dans le couple, la protection de la pénétration est d'autant plus systématique que le partenaire est testé et se sait séronégatif. Une majorité des couples séroconcordants positifs ne se protègent pas. Une forte minorité des couples sérodifférents ne se protége pas systématiquement avec un risque important pour le partenaire : le quart d'entre eux est devenu séropositif depuis qu'ils sont ensemble. Pour une part non négligeable, l'usage du préservatif est un sujet de conflit dans le couple.
Il apparaît que pour une moitié des personnes atteintes, la sexualité n'est pas un problème et que la vie sexuelle peut être satisfaisante. Pour autant, il ne faut pas sous-estimer les difficultés de l'autre moitié qui se partage entre une proportion élevée de personnes sans activité sexuelle au cours de l'année qui précède l'enquête et - parmi les sexuellement actifs - une forte minorité qui juge sa vie sexuelle peu ou pas satisfaisante. A cela s'ajoute, ce tiers des personnes sans activité sexuelle ou sous traitement qui attestent de problèmes sexuels.

MOTS CLEFS :
Personnes atteintes par le VIH, vie affective, activité sexuelle, enquête représentative, stratégies de protection

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Giami, A. Sexual health: the emergence, development and diversity of a concept. *Annual Review of Sex Research,* 2002, vol. XIII, pp. 1-35.
- Lallemand F., Salhi Y., Linard F., Giami A., Rozenbaum W. (2002), Sexual dysfunction in 156 ambulatory HIV-infected men receiving highly active antiretroviral therapy combinations with and without protease inhibitors. *J Acquir Immune Defic Syndr,* 30(2): 187-90.

- Pierret J. (1999), Vie sexuelle et affective des personnes asymptomatiques de longue durée. In Lert F., Souteyrand Y. (dir.), *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*. Paris, ANRS (collection Sciences sociales et sida) : 71-83.
- Schiltz M.-A., Sandfort Th. G. M. : "HIV-positive people, risk and Sexual behaviour". *Social Science and Medicine*, 50 : 1571-1588.
- Théry I. (1999). " Une femme comme les autres ". *Séropositivité, sexualité et féminité.* Paris, Rapport à l'ANRS.

CONFÉRENCE

PRISE EN CHARGE SEXOLOGIQUE DE COUPLES SÉROPOSITIFS DANS DEUX SERVICES HOSPITALIERS SPÉCIALISÉS DANS L'INFECTION À VIH

Thierry TROUSSIER

Médecin de Santé publique et sexologue

CONTEXTE DE L'INTERVENTION

Proposer une approche de la prévention de la transmission sexuelle du VIH par la prise en charge des troubles de la sexualité chez les personnes séropositives

PATIENTS ET MÉTHODES

Mise en place d'une plateforme d'actions sur la sexualité et la prévention dans deux services hospitaliers spécialisés dans le suivi des personnes séropositives - Hôpital Saint Antoine (Pr P.M Girard) Hôpital Européen Georges Pompidou (Pr.L.Weiss). Paris.
Entre septembre 2004 et août 2005, 59 patients ont bénéficié d'une consultation de sexologie. Les objectifs de la consultation de sexologie étaient : réduire les troubles de la sexualité , identifier les difficultés sexuelles causées par la prévention ou ayant un impact sur la prévention de la transmission sexuelle de l'infection à VIH

Caractéristiques des patients : 59 patients vivant avec le VIH (PVVIH) ont été reçus en consultation : 74% d'hommes et 26% de femmes. Parmi les hommes, 34% se déclarent hétérosexuels, 11% bisexuels et 54% homosexuels. Parmi les 59 patients, 41 PVVIH vivent en couple ou avec un partenaire stable depuis plus de 12 mois (70% des consultants). Sur les 41 couples, 56% sont séroconcordants et 44% sérodifférents.
Description des plaintes exprimées parmi les 41 patients vivant en couple, en fonction des classifications internationales.
Chez les hommes vivant avec un ou une partenaire séropositive, 77% déclarent une dysérection (DE) dont 39% ont une DE sélective en fonction du partenaire. 28% déclarent des troubles du désir (TD) sexuel.
Chez les femmes vivant avec un partenaire séropositif, 28% ont déclarent des des TD et 11% déclarent des troubles de l'excitation sexuelle de type subjective (TES).
Chez les hommes vivant avec un ou une partenaire séronégative les plaintes sont plus fréquentes : 83% de DE, 41% de TD, 15% déclarent des troubles du plaisir ou de l'orgasme (TO) et 17% déclarent une inversion de leurs pratiques sexuelles et/ou une aversion sexuelle.
Chez les femmes vivant avec un partenaire séronégatif, 27 % ont des TD, 20% des TO, et 13% une inversion des pratiques (non pénétration) ou une aversion .

RÉSULTATS

Les troubles sexuels sont différent en fonction du sexe, de la sérologie du partenaire et des pratiques sexuelles . Les plaintes sont plus nombreuses dans les couples sérodifférents notamment les troubles du plaisir et de l'orgasme.
Pour les couples séroconcordants , les patients attribuent leurs troubles sexuels majoritairement à l'infection à VI H (93% des troubles chez les hommes et 100% chez les femmes). Pour les couples sérodifférents, les patients attribuent leurs troubles sexuels le plus souvent à la suite de l'annonce du VIH au partenaire (31% chez les hommes) et à l'utilisation du préservatif (35% chez les hommes). Au niveau relationnel , les couples séroconcordants ont peur d'une rupture de couple pour insatisfaction sexuelle (78%). Pour les couples sérodifférents :on retrouve la peur d'une rupture de couple pour cause

d'insatisfaction sexuelle (49%) mais aussi l'arrêt des rapports sexuels (27%). 24% homosexuels ayant un partenaire stable, déclarent des pratiques sexuelles à risque avec des partenaires multiples.

Une enquête de satisfaction conduite auprès de 30 patients montre que
- 80% des patients sont satisfaits, leur satisfaction est plus liée à la verbalisation des problèmes liés à leur sexualité qu'à des résultats objectifs
- 50% des patients ont constaté un amélioration de leur vie sexuelle
- 53% des patients déclarent avoir abordé la prévention au cours des consultations.

MOTS CLEFS :
Consultation, sexologie, personnes séropositives, vie affective et sexuelle

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :
- Basson R. and al, Revised definition of Women's sexual Dysfunctions, J. Sex. Med 2004, 1:40-48
- Colson Amy E.and al, Male Sexual Dysfunction Associated WithAntiretroviral Therapy JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 30:27–32 © 2002
- Keegan A. and al, Sex and relationships for HIV-positive women since HAART : a qualitive study, AIDS PATIENT CARE AND STD's, vol 19, n°10, 2005
- Khoury S. and al, International consultation on Erectile Dysfunction, 1999 july, in Paris, www.issm.info/
- Bova C and al, Sexual Functioning among HIV-Infected Women AIDS PATIENT CARE and STDs, Volume 17, Number 2, 2003

CONFÉRENCE

PROBLÈMES DE SANTÉ SEXUELLE ET INTERVENTION SEXOLOGIQUE AUPRÈS DE FEMMES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA

Joseph Josy LÉVY

Professeur de Sexologie (Québec UQAM)

OBJECTIFS :

Cette communication vise à présenter les enjeux sexologiques liés aux répercussions chez des femmes montréalaises vivant avec le VIH/sida.

MOYENS ET MÉTHODE DE TRAVAIL :

Cette présentation se base sur des données provenant d'une recherche qualitative menée auprès de 42 femmes vivant avec le VIH/sida et d'origine québécoise (13), africaine (17) et haïtienne (12). Suite à l'analyse des entrevues, plusieurs difficultés relatives à la santé sexuelle peuvent être dégagées.

Résultats:

Les transformations corporelles liées à la lipodystrophie ou la lipoatrophie sont considérées par plusieurs répondantes comme une atteinte à leur féminité alors que leurs représentations du corps sont empreintes de référents faisant référence au corps souillé, malade, etc), ce qui a pour conséquences une baisse de l'estime de soi et le recours à des stratégies de camouflage. Parmi les femmes qui ont un partenaire, les craintes démesurées d'être rejetées et abandonnées contribuent au maintien du secret face à la maladie, alors que la divulgation de l'infection au partenaire peut provoquer une crise profonde au sein du couple. Au plan de la prévention, chez la majorité des femmes d'origine québécoise, l'utilisation du préservatif ne semble pas poser de problèmes. Cependant pour d'autres, plusieurs obstacles peuvent survenir. Ainsi, la négociation du port du préservatif avec un partenaire qui n'en a jamais fait usage reste difficile, surtout dans le contexte d'une relation stable ou de rapports de pouvoir inégalitaires. Chez les femmes d'origine africaine et haïtienne, le statut du préservatif repose sur un système de contraintes culturelles qui peuvent entraîner des résistances. Pour les femmes d'origine africaine, l'infection au VIH est associée au monde de la prostitution et proposer le préservatif devient alors un défi majeur, alors que parmi les femmes d'origine haïtienne la demande de porter un préservatif est souvent interprétée comme un manque de confiance envers le partenaire.

Des activités sexuelles non sécuritaires étant pratiquées, les inquiétudes face à la transmission du VIH sont présentes et les participantes recourent à différentes représentations médicales et symboliques pour évaluer les risques d'infection. La prise de médicaments contribue ainsi à réduire leurs peurs associées au danger d'être réinfectée alors que 'adhésion au traitement et une charge virale indétectable présenteraient un moindre risque pour leur partenaire. Suite à la passation régulière de tests de dépistage et au maintien d'un statut infectieux négatif, des femmes de tous les groupes vont jusqu'à entretenir l'idée que leurs partenaires bénéficient d'une certaine forme d'immunité face à l'infection au VIH. Le préservatif est aussi considéré comme interférant dans la relation au plan de l'érotisme et de l'intimité, affectant ainsi l'atmosphère relationnelle, le déroulement et la spontanéité de l'interaction sexuelle entre les partenaires. Des doutes quant à l'efficacité du préservatif et à sa fiabilité, liés en particulier à son éventuel bris et au manque d'habiletés à l'utiliser, semblent également nuire à son intégration dans le jeu érotique. De plus, il interviendrait sur le plaisir ressenti par la femme, alors que les préoccupations liées au maintien de l'érection du partenaire sont présentes. Finalement, le préservatif est souvent perçu comme un contraceptif plutôt qu'un préservatif.

Le désir d'enfants et la régularisation des naissances sont des enjeux qui interfèrent sur la volonté de protection, d'où un rejet du préservatif pour assurer une grossesse.

CONCLUSION

Ces enjeux interpellent les sexologues dans leurs pratiques thérapeutiques. Si la relation d'aide est essentielle quels sont les modèles d'intervention à mettre en place? Comment contribuer à un épanouissement érotique qui tient compte des conditions associées au VIH/sida et aux contraintes socioculturelles ? Ce sont là des défis qu'il convient de relever.

MOTS-CLÉS :

Femmes vivant avec le VIH/sida-image corporelle-sexualité–prévention.

CONFÉRENCE

AUTRES COUPLES, AUTRES SEXUALITÉS

Président : P. Brenot
Modérateur : J. Mignot

Evolution et formes du couple
P. Brenot

Internet et relations de couple
J. Levy

Entre identité et sexualités
D. Welzer-Lang

La sexualité du couple infertile
M. Naouri-Vischel

Prise en charge mastérienne des couples de même sexe
G. Delaroque

CONFÉRENCE

EVOLUTION ET FORMES DU COUPLE

Philippe BRENOT

Directeur au DIU de sexologie de l'Université Paris 5
Président de l'Observatoire International du couple.

Depuis la grande libération des moeurs qui a marqué la deuxième moitié du 20e siècle et l'affaiblissement du lien marital qui s'en est suivi, la notion de "couple" a profondément évolué en réponse à la difficulté, pour chacun, de se situer par rapport à la nouvelle nature du lien familial, parental, affectif, social et intime dont tous les déterminants sont désormais autonomes : rupture ou continuité du groupement familial (libération des ascendants) ; autonomisation du couple conjugal au sein du couple parental (libération des descendants) ; dissociation de la fécondité et de la sexualité (séparation du désir d'enfant et du projet conjugal, dimension érotique du couple) ; dissociation du lien hétérosexualité - mariage (autonomisation de l'orientation sexuelle) ; variété des modes d'engagement (moral, familial, sociétal) et des représentations sociales du couple (état de fait, mariage, Pacs, union libre). De multiples formes conjugales apparaissent ainsi, s'opposant à l'image stéréotypée du couple familial asymétrique traditionnel de la société judéo-chrétienne occidentale. Cette évolution étant extrêmement récente, les formes d'équilibre ne sont pas encore atteintes, mais on peut décrire des tendances dans cette évolution et présupposer les nouvelles formes du couple à venir. Les indices de la conjugalité montrent une nette et constante réduction de la durée de vie du couple « stricto sensu » dans le même temps où l'espérance de vie des populations occidentales s'accroît. Le buissonnement des solutions spontanées à la « crise du couple » multiplie le nombre des formes d'union et apparaît une tendance forte sur les deux dernières décennies : la séquence des « tranches de vie » qui semble progressivement s'imposer sur les modes plus traditionnels de l'union. Cette connaissance de l'évolution psycho-sociale du couple doit nous permettre de mieux en comprendre la nature et le fonctionnement naturel pour les prises en charges que nous sommes amenés à pratiquer, dans la mesure où le couple est la dimension « vraie » de la sexualité.

MOTS-CLÉS :
Couple – famille – évolution – « tranches de vie »

RÉFÉRENCESS BIBLIOGRAPHIQUES :

Brenot Ph., *Inventer le couple,* Paris, Odile Jacob, 2001
Lemaire J-G, *Le Couple, sa vie, sa mort,* Paris, Payot, 1979
Neuburger R., *Nouveaux couple,* Paris, Odile Jacob, 1997

CONFÉRENCE

INTERNET ET RELATIONS DE COUPLE

Joseph Josy LÉVY

Professeur de Sexologie (Québec UQAM)

OBJECTIFS :

Cette communication vise à présenter les répercussions d'Internet sur la formation du couple moderne.

MOYENS ET MÉTHODE DE TRAVAIL :

Cette présentation se basera sur une revue de la littérature ainsi que sur des résultats de recherches qualitatives menées au Québec sur les usages socio-sexuels d'Internet associés à la quête de partenaires. dans le milieu hétérosexuel (Charbonneau, 2005) et homosexuel (Lévy et. al, 2004). Suite à l'analyse d'entrevues réalisées auprès de répondants hétérosexuels et homosexuels, plusieurs tendances émergent.

RÉSULTATS :

On constate, dans le monde contemporain une augmentation significative du nombre de célibataires et, concomitamment, un recours aux nouvelles technologies de communication de plus en plus sophistiquées (boîtes vocales, téléphone, Internet). Le développement du cyberespace a ainsi contribué à la mise en place de sites de rencontres fondées sur plusieurs techniques (petites annonces, courriel, clavardage, photos et webcam). Ces innovations n'ont pas été sans transformer les critères de choix, les formes d'intimité (Lévy, 2005) associées en particulier à l'importance de la «relation pure» (Giddens, 1992) de même que les stratégies de rencontre et l'évaluation des risques face aux ITS et au VIH/sida. Dans le cas du Québec, l'étude des modalités de quête des partenaires dans les mil-ieux homosexuel et hétérosexuel, montre la complexité des approches en ligne (variations dans les préferences physiques et de personnalité, place différentielle de l'amour et de la sexualité, techniques de présentation de soi (révélation, transformation,occultation des différentes caractéristiques), sélection des partenaires (critères rigides ou souples), étapes de l'interaction (de l'échange téléphonique à la rencontre en face à face), ainsi que les stratégies associées aux rencontres hors ligne (endroits, modes de protection) et aux avantages et déceptions que ces relations entraînent. Par ailleurs, Internet peut intervenir sur la relation de couple en favorisant l'accès à d'autres partenaires et à du matériel pornographique, provoquant ainsi des conflits, en particulier si la dépendance à Internet est accentuée.

CONCLUSIONS :

Cette présentation permettra de mettre en relief es avantages (anonymat, accès à de larges réseaux de partenaires, sélection selon des critères variables) et inconvénients (subterfuge, absence de référents non-verbaux, écarts entre idéaux et réalités, dépendance) des relations établies sur Internet et leurs répercussions sur la pratique sexologique.

MOTS-CLÉS :

Choix de partenaires-couple-Internet- stratégies de sélection

RÉFÉRENCES:

- Charbonneau, D. (2005). *Les rencontres amoureuses et sexuelles par Internet : Analyse qualitative des motivations, des représentations de la sexualité et des risques chez des utilisateurs d'un site de rencontre.* Mémoire de maîtrise. Département de sexologie. Université du Québec à Montréal.
- Giddens, A. (1992). *The transformation of Intimacy. Sexuality, love and eroticism in modern societies.* Stanford University Press.
- Lévy, J.J. (2005). « L'intimité dans la construction des liens sociaux contemporains. In F.Saillant et E. Gagnon, *Communautés et socialités.* Montréal: Éditions Liber, pp. 147-165.
- Lévy, J.-J., Engler, K., Frigault, L.-R., Léobon, A. et al. (2005). Usages socio-sexuels d'Internet parmi une population homosexuelle francophone de Montréal et de Québec.

CONFÉRENCE

ENTRE IDENTITÉ ET SEXUALITÉS

Daniel WELZER-LANG

Professeur de sociologie
Université Toulouse le Mirail

Nos études sur les sexualités récréatives (Welzer-Lang, 2005), comme les différents travaux sur les identités sexuelles, en particulier l'émergence de la question gaie et lesbienne dans le grand public [qui se dit LGBT(1) dans les mieux avertis], dessinent de nouveaux contours conjugaux, en particulier — mais pas exclusivement — dans les classes moyennes et supérieures de nos sociétés.

D'une part, bien sûr, aujourd'hui nul-le ne peut sérieusement nier les réalités des couples du même sexe, ni de l'homoparentalité (Gros, 2005). D'autre part, face à la montée en puissance de l'individualisme y compris dans le couple homme/femme (de Singly, 2005), les transformations de la domination masculine, en particulier la lutte contre les violences conjugales (Welzer-Lang, 2005 b,c), les rapports entre identités sexuelles et sexualités se transforment.

Tout se passe comme si la désacralisation de la sexualité, les revendications du « Droit aux désirs et aux plaisirs», mises en œuvre par les homosexuel-le-s dans les années 80 se diffusent aujourd'hui au sein du monde hétérosexuel.
De tous temps les hommes ont su (en secret) adapter le contrat conjugal à leurs désirs de relations externes à leur couple. L'affirmation égalitaire actuelle, nouvelle évidence des hommes et des femmes modernes que nous avons mis en valeur dans notre dernière étude européenne (Welzer-Lang et al., 2005), a vu s'y adjoindre une volonté conjugale de plus en plus commune de cumuler vie de couple (de moins en moins éternelle, de plus en plus sérielle), désirs sexuels des hommes et des femmes et expressions de la diversité sexuelle.
Non seulement à travers l'échangisme (appelé aussi mélangisme ou libertinage), les couples peuvent ensemble satisfaire désirs extérieurs et contrat conjugal de fidélité, mais les désirs homosexuels et bisexuels peuvent aussi se vivre dans le même cadre ou dans des établissements spécifiques (saunas et lieux gais, rencontres entre femmes).

Comme l'annonçait Michel Foucault dès 1984, nous voyons clairement une distanciation s'opérer entre dispositif d'alliance et dispositif de sexualité, mais de plus, les catégories homo, bi et hétéro-sexualités dites identitaires, auparavant figées et essentialisées pour des besoins historiques, montrent une labilité importante. La théorie queer, encore traduite imparfaitement en France, accompagne ces transformations.
L'hypothèse que nous faisons alors est le lien entre la pseudo identité sexuelle et l'Ordre de genre qui servait de corset à la domination masculine. La multisexualité (di Falco, 2005 : 307-310) devient un opérateur conjugal. Le couple accepte, en l'intégrant ou non dans sa fantasmatique commune, la diversité des désirs. L'orientation des désirs redevient ce qu'elle n'aurait jamais du quitter : une option psychologique personnelle qui peut s'intégrer à des configurations conjugales multiples. Nous sommes sans doute en train de commencer à construire une nouvelle *Utopie conjugale*, adaptée au nouveau contrat hommes/femmes qui se dessine sous nos yeux.
Le commerce du sexe ne s'y est pas trompé. Les jeunes couples débarquent massivement dans les lieux libertins.

Reste aux sociologues, aux sexologues, et à tous les logues possibles, à en analyser les tours, les détours, les contours et les transformations qui ne manqueront pas d'arriver.

(1) Lesbienne, Gay, Bisexuel-le-s, Transgenre

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- De Singly Francois, *L'individualisme est un humanisme,* Paris, Aube,2005.
- Gross Martine, *L'homoparentalité*, Paris, PUF, 2005.
- Di Folco Philippe (dir), *Dictionnaire de la pornographie*, Paris PUF, 2005.
- Welzer-Lang Daniel, 2005a, *La planète échangiste : Les sexualités collectives en France*, Paris, Payot.
- Welzer-Lang Daniel, 2005b, *Les Hommes violents*, Paris, Petite collection Payot,
- Welzer-Lang Daniel, 2005c, *Arrête, tu me fais mal*, Paris, Petite collection Payot,.
- Welzer-Lang Daniel, Le Quentrec Yannick, Corbière Martine, Meidani Anastasia, *Les hommes : entre résistances et changements,* Lyon, éditions Aléas, 2005.

CONFÉRENCE

SEXUALITÉ DU COUPLE INFERTILE

Michèle NAOURI-VISCHEL

Gynécologue, Hôpital Pitié Salpétrière, Paris

1 - QU'EST-CE QU'UN COUPLE INFERTILE ?

Notre société de performance conduit les couples à considérer que la fécondation doit se produire dans les trois mois qui suivent l'arrêt de la contraception. L'infertilité (définie comme l'absence de grossesse au terme de 18 mois à 2 ans de relations sexuelles régulières) concerne 15 % des couples dont 3 % seront pris en charge pour stérilité définitive.

2 - QUELLE SEXUALITÉ POUR LE COUPLE INFERTILE ?

La prise en charge de l'infertilité, dont la caractéristique essentielle est de dissocier reproduction et sexualité, conduit le plus souvent à l'altération de la vie amoureuse : la sexualité devient souvent reproductive sans qu'il ne soit plus question de désir ou de plaisir pour la femme ; le contrôle est permanent dès la mise en route des explorations (courbe thermique, test de huhner). L'homme infertile ressent une perte de sa masculinité et une diminution de sa virilité avec, pour corollaire, des pannes sexuelles, des difficultés lors des prélèvements.

En PMA ou FIV, les couples s'obligent très souvent à une abstinence prolongée pour que le sperme soit de la meilleure qualité possible le jour des recueils pour insémination ou pour FIV. Les relations sexuelles se dégradent alors et on observe l'apparition de troubles sexuels : dyspareunie, vaginisme, trouble du désir. Certaines femmes refusent même les rapports jugés désormais "inutiles".

CONCLUSION :

L'infertilité conduit à la souffrance morale des deux membres du couple et peut affecter la sexualité du couple. Les problèmes sexuels sont alors secondaires ou exacerbés par l'annonce du diagnostic, les examens et le traitement de l'infertilité.

Dans le contexte de la Procréation Médicalement Assistée, on observe une grande fréquence de pannes sexuelles, de troubles de l'éjaculation, de troubles du désir et une diminution habituelle de la fréquence des rapports sexuels.

Les conséquences sont parfois graves en l'absence de grossesse, et les traitements sont souvent interrompus du fait de séparations provisoires, voire définitives, elles-mêmes conséquence de la difficile vie du couple infertile.

L'infertilité peut ainsi révéler l'absence de sexualité dans le couple : vaginisme, impuissance, absence de désir, phobies ou refus des rapports sexuels ce qui pose un problème de prise en charge de la cause ou de la conséquence. Il parait donc indispensable, dans l'évaluation du couple infertile, de ne pas négliger la sexualité.

Une prise en charge psychothérapeutique, voire sexothérapeutique doit être systématiquement proposée conjointement aux traitements médicaux de l'infertilité.

L'obtention de la grossesse tant désirée permettra le plus souvent les retrouvailles du couple.

MOTS-CLÉS :

Infertilité – procréation – abstinence - sexothérapie

REFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Naouri-Vischel M., Infertilité in *Dictionnaire de la sexualité humaine*, sous la dir. P. Brenot, L'Esprit du Temps, 2004, 346-350.
- Bydlowski M., Infertilité (facteurs psychiques) in *Dictionnaire de la sexualité humaine,* sous la dir. P. Brenot, L'Esprit du Temps, 2004, 350-353.

CONFÉRENCE

« L'HOMOSEXUALITÉ SOUS SON VRAI JOUR » OU LES LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE MASTERIENNE DES COUPLES DE MÊME SEXE

Gonzague de LAROCQUE

Médecin Sexologue

Le présent article résume et critique les données relatives à l'étude de Masters et Johnson sur le « dysfonctionnement de l'homosexuel » paru en 1979 dans leur ouvrage : « homosexuality in perspective ». Ces trente dernières années, le contexte sociopolitique relatif à l'homosexualité a été totalement bouleversé (arrivée du SIDA, internet, nouveaux débats publics…) d'où l'importance de réactualiser les données masteriennes. A la lumière des différentes études parues sur les dysfonctions homosexuelles des hommes qui ont une activité sexuelle avec les hommes (MSM), et des données sur les thérapies pour les couples de même sexe, nous tentons d'apporter de nouveaux éléments de compréhension. Une comparaison est faite entre les couples de même sexe et les couples de sexe différent, puis une description des nouvelles données sur les dysfonctions sexuelles tant de « type-DSM-IV » que de « non-type-DSM-IV ». Enfin, des suggestions sont faites pour mieux comprendre et mieux accompagner les couples de même sexe.

MOTS CLÉS :
Homosexualité, couple de même sexe, dysfonction sexuelle, thérapie de couple, Masters et Johnson

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Masters WH., Johnson VE. : Homosexuality in perspective. Boston: Little Brown. 1979. Les perspectives sexuelles. MEDSI. 1980
- Spitalnick JS., McNair LD. : Couples therapy with gay and lesbian clients : An analysis of important clinical issues. Journal of Sex and Marital Therapy, 31; 43-56, 2005
- Sandfort TGM., de Keiser M.: Sexual problems in gay men: An overview of empirical research. Annual Review of Sex Research, 12; 93-120, 2001
- Bancroft J., Carnes L. and al: Erectile and ejaculatory problems in Gay and heterosexual men. Archives of Sexual Behavior, 34(3); 285-297, 2005

SYMPOSIUM SCHWARZ PHARMA

LES AVANCÉES SUR LA DE ONT-ELLES MODIFIÉ LES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES PAR IIC ?

Président : P. Desvaux

Introduction
P. Desvaux

Pourquoi de plus en plus de patients sont-ils traités par IIC
D. Jawhari

Quel avenir sexuel pour les patients prostatectomisés ?
E. Ragni

Diabète : le traitement de la DE peut-il être encore une option en 2006 ?
A. Guérin

SYMPOSIUM SCHWARZ PHARMA

LES AVANCÉES SUR LA DE ONT-ELLES MODIFIÉ LES STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES PAR IIC ?

INTRODUCTION

Pierre DESVAUX

Médecin Sexologue

La dysfonction érectile est une pathologie fréquente pour laquelle la demande de soins augmente. Nombre de patients nécessitent le recours aux injections intracaverneuses (IIC), souvent sur le long terme, en raison de l'inefficacité temporaire ou définitive des traitements per-os (ou de leur contre-indication). L'utilisation des IIC ne cesse d'ailleurs de croître, 7 ans après l'apparition des traitements oraux de la dysfonction érectile. A l'époque beaucoup de médecins dont d'éminents spécialistes avaient alors sonné le glas des IIC… Aujourd'hui il persiste encore des réticences à l'utilisation de cette classe thérapeutique au sein du corps médical, notamment chez les Sexologues. Grandes pourvoyeuses de DE, des pathologies comme le diabète et le cancer de la prostate bénéficient de ce type de traitement, mais il existe encore bien d'autres pathologies où le recours aux iic s'avère indispensable.

MOTS CLÉS :
Dysfonction érectile, injections intra-caverneuses, diabète, prostatectomie radicale

SYMPOSIUM SCHWARZ PHARMA

POURQUOI DE PLUS EN PLUS DE PATIENTS SONT-ILS TRAITÉS PAR IIC ?

Dany JAWHARI

Médecin Sexologue

Tous les spécialistes prenant en charge des patients ayant des troubles de l'érection sont de plus en plus confrontés à des situations complexes et des échecs du traitement de première intention, le plus souvent un inhibiteur de la phosphodiestérase de type 5 (IPDE5). Nous devons donc maîtriser les thérapeutiques alternatives à la prescription initiale en cas d'échec avéré. Or, si les urologues et les andrologues y sont sensibilisés, il n'en est malheureusement pas de même pour nombre de médecins sexologues.

Les injections intra caverneuses (IIC) sont une solution en cas d'inefficacité, d'intolérance ou de contre indication aux traitements oraux. Elles sont aussi particulièrement utilisées, souvent en première intention, chez le patient diabétique, en cas de morbidité cardiovasculaire ou neurologique ainsi que dans les dysfonctions érectiles anciennes et après une prostatectomie radicale tant pour une rééducation pénienne active qu'en traitement palliatif.

Actuellement, de plus en plus de patients sont traités par des IIC alors que beaucoup pensaient qu'elles allaient disparaître à la suite de la commercialisation des traitements oraux. Leur utilisation ne cesse de croître depuis quelques années et concernait 22 159 personnes en juin 2005 (Gers, juin 2005). Les IPDE5, dont le taux d'abandons est similaire à celui des IIC, ont leurs limites et leurs échecs, comme tout traitement. Les principales causes d'arrêt de ces traitements oraux (selon l'enquête Easy « 1 ») sont : l'inefficacité (80-90 % des arrêts), le prix (25-36 %) et enfin la mauvaise tolérance (16 à 23 %), selon qu'il s'agit de patients consultant un spécialiste ou un médecin généraliste.

En cas d'échec d'une forme orale, les IIC sont souvent l'alternative médicamenteuse préférée des médecins. Les IIC en seconde intention améliorent la capacité de pénétration et le maintien de l'érection, comme en témoigne l'amélioration des scores IIEF Q3 et Q4 « 2 ».

Dans le diabète, les agents oraux ont une moindre efficacité globale, en revanche, 92 % des patients sont répondeurs aux IIC « 3 ».

Les maladies cardiovasculaires sont de grandes pourvoyeuses de dysfonction érectile. En pratique clinique, les IIC sont d'un grand apport, 86 % des patients sont répondeurs à ce traitement efficace et sûr « 4 ». Il n'y a pas d'interaction médicamenteuse avec les différents traitements utilisés en cardiologie, notamment les dérivés nitres.

Le taux de succès des IIC chez le patient neurologique est particulièrement élevé : 88 % « 5 ».

Les IIC ont un intérêt en cas d'abstinence sexuelle ancienne. L'absence prolongée d'érection diurne et nocturne entraîne une hypoxie chronique des corps caverneux, cela aboutit à une fibrose. Le traitement de ces dysfonctions érectiles vise l'oxygénation des corps caverneux, les IIC restaurent plus vite que les autres traitements les érections.

Dans les prostatectomies radicales les IIC ont un rôle majeur de rééducation de la fonction érectile qui vise à favoriser l'oxygénation du tissu caverneux afin d'éviter la survenue d'une fibrose, permettant d'améliorer le retour ultérieur des érections. Le rôle du médecin sexologue est capitale pour expliquer l'intérêt de la rééducation pénienne active par IIC, tôt après l'intervention, tout en motivant le patient.

Le médecin sexologue doit penser à s'aider des IIC. Elles sont particulièrement indiquées en cas d'échec des traitements par voie orale, dans les dysfonctions érectiles anciennes et dans certaines pathologies nécessitent une rééducation des corps caverneux. Cela tient à leur mode d'action et à l'absence d'effets systémiques et d'interférences médicamenteuses.

MOTS CLÉS :
Alternative. Efficacité. Injections intracaverneuses. Oxygénation. Rééducation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1 - Presse Med. 2005 Jul 23 ; 34 (13 suppl) : 10-2.
2 - Shabsigh R. Intracavernous Alprostadil alfadex is effective and safe in patients with erectile dysfunction after failing sildenafil. Urology 2000; 55: 477-480.
3 - Costabile R et al. Optimizing treatment for diabetes mellitus induced erectile dysfunction. Urol 2003; 170:S35-S39.
4 - Borg G. The long-term safety of alprostadil in patients with erectile dysfunction. Br J Urol 1998. 82. 538-43.
5 - Mulhall JP. The use of an erectogenic pharmacotherapy regimen following radical prostatectomy improves recovery for spontaneous erectile function. J Sex Med 2005; 2: 532-42.

SYMPOSIUM SCHWARZ PHARMA

EXISTE-T-IL UN AVENIR SEXUEL APRÈS LA PROSTATECTOMIE TOTALE ?

Evelyne RAGNI-GHAZAROSSIAN

Praticien Hospitalier Urologue -Andrologue
Service d'urologie CHU Nord, Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Cancer et trouble de la sexualité ramènent tous deux à la notion de mort ; on peut aujourd'hui, dans le cas du cancer de prostate, leur opposer à travers une réflexion sur la composante sexuelle, le mot « avenir ».

La prostatectomie radicale (PR) est devenue le traitement de référence du cancer de prostate localisé. La technique de cette intervention difficile n'a cessé de s'améliorer pour concilier la sécurité carcinologique et la qualité des résultats fonctionnels. La détection précoce du cancer, une meilleure connaissance de l'anatomie chirurgicale de la loge prostatique, des techniques reproductibles de préservation des lames vasculo-nerveuses en chirurgie rétro-pubienne et enfin la qualité indéniable de vision et de dissection apportée par la chirurgie coelioscopique, ont permis d'afficher des résultats moins pessimistes sur la dysérection après PR. Cependant, dans les publications les plus récentes, la proportion de reprise des rapports sexuels varie encore de 25 à 70%.
Quelle que soit la qualité du geste chirurgical, les évènements pré et post opératoires vont conditionner en grande partie le résultat fonctionnel, or la littérature fait état de l'insatisfaction des patients quant à la prise en charge de leur sexualité lors d'une PR.
Avant l'intervention, l'évaluation de la sexualité (y compris avant le diagnostic de cancer) est un des éléments pronostiques essentiel, lié à l'âge et aux facteurs de risques vasculaires (plus de 50% de dyserection dans cette tranche d'âge). La qualité de l'information du patient à ce moment, sur sa maladie, l'intervention et ses complications, les délais de récupération et les possibilités de traitement précoce, est un point particulièrement important dans le « parcours de soins du patient ». De nombreuses publications montrent que l'impact de l'intervention sur la qualité de la sexualité est inférieur chez les patients qui ont été informés et associés aux décisions thérapeutiques.
Après l'intervention, quel que soit le praticien qui prendra en charge l'avenir sexuel du patient (urologue, sexologue, kinésithérapeute, médecin généraliste) une connaissance exacte du type de chirurgie, du traitement combiné éventuel et du pronostic lié au cancer est indispensable.
Etant donné les délais rapportés de rétablissement des érections spontanées, entre 6 et 24 mois, l'intérêt de la précocité du traitement apparaît sérieusement documenté dans plusieurs articles récents. Le traitement précoce pourrait jouer un rôle dans la prévention de la fibrose des corps caverneux et des effets délétères d'une période durable de «silence érectile».
A 6 mois post PR, le traitement précoce par injections intra-caverneuses de PGE1 induirait 60% à 80% d'érections spontanées, selon les auteurs, au lieu de 20% sans prise en charge.
Le Sidenafil semble inefficace pendant les six à neuf mois après PR et donc inadapté pour une prise en charge précoce.

L'avenir sexuel du patient prostatectomisé existe mais à chaque étape de la prise en charge il peut être compromis. On résumera ainsi les trois moments clés de cette sexualité future : l'évaluation et l'information pré-opératoire, la préservation per-opératoire et la précocité de la prise en charge post-opératoire.

MOTS-CLÉS :
Cancer de prostate ; prostatectomie radicale ; dysérection ; prévention ; traitement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Gontero.P; Kirby.R. Proerectile pharmacological prophylaxis following nerve-sparing radical prostatectomy. Prostate cancer and prostatic diseases, 7:223-226,2004.
- Montorsi.F and Al. Recovery of spontaneous erectile function after nerve sparing radical prostatectomy… J.Urol, 158:1408-1410,1997.
- Mulhall.J and Al. The use of an erectogenic pharmacotherapy regimen following radical prostatectomy improves recovery of spontaneous erectile function. J. Sex. Med, 2:532-542, 2005.
- Meuleman.E.J.H; Mulders.P.F.A. Erectile function after radical prostatectomy: a review. European Urology, 43:95-102, 2003.

SYMPOSIUM SCHWARZ PHARMA

DIABÈTE : LE TRAITEMENT DE LA DYSÉRÉCTION PEUT-IL ÊTRE UNE OPTION EN 2006 ?

André GUERIN

Endocrinogue/andrologue

Le diabète devient pandémique au 21ème siècle, en France on retrouve 2,5 millions de patients, une prévalence à 4% et une prévision à plus de 4 millions en 2025. On décompte 88,5% de patients présentant un diabète de type 2, l'augmentation rapide de la prévalence de cette pathologie est parallèle a celle de la sédentarité, de l'obésité, et du vieillissement de la population.

Depuis l'étude MMAS, les notions épidémiologiques sur la fréquence d'une dysérection chez les sujets diabétiques se sont précisées, affinées. Plus d'un diabétique sur 2 présente une dysérection, plus précoce, plus sévère que dans la population générale.

Les troubles de l'érection sont associés à la plupart des complications dégénératives du diabète, micro et macro angiopathie :la survenue de la dysérection est corrélée principalement à la présence d'une rétinopathie, d'une neuropathie, d'une hypertension artérielle traitée, d'une coronaropathie, et d'un mauvais contrôle glycémique, d'une surcharge pondérale majeure.

Par ailleurs, la dysérection s'associe à une détérioration prouvée de la qualité de vie des patients, avec des scores élevés de dépression, de non acceptation de la maladie, de mauvaise compliance aux différents traitements.

L'association de la survenue de la dysérection et de cet état dépressif est un facteur de sur risque coronarien, qui doit nous conduire à faire explorer la fonction cardiaque chez tout diabétique souffrant de dysérection.

Les travaux récents confirment ce que perçoivent les patients et ce qu'ils souhaitent :

Ils la classent comme 3ème complication la plus importante, secondaire à leur maladie. Ils veulent (80%) que le médecin généraliste ou spécialiste leur en parle, soit pour une information, un traitement médical ou traitement plus complet avec thérapie sexuelle. La grande majorité n'ose pas aborder le sujet en consultation, 70 % signale que leur médecin ne leur en a jamais parler.

Les multiples études physiopathologiques utilisant surtout des animaux diabétiques, confirment la multiplicité des mécanismes détériorant de façon progressive et peu réversible les corps caverneux avec des lésions dues à la micro et à la macro angiopathie avec dysfonction endothéliale, altération du muscle lisse, augmentation des produits de glycations, diminution de la production du NO et augmentation du stress oxydatif avec, au final, un tissu conjonctif très modifié.

Les traitements médicaux proposés sont :

les inhibiteurs de la PDE5 par voie orale, leur efficacité est prouvée mais diminuée ici, ne dépassant pas 55 % des sujets traités, aux doses maximales autorisées, les différentes molécules semblent donner les mêmes résultats sans qu'on ait d'étude comparative stricte.

L'Aprostadil, par voie intra caverneuse, permet d'obtenir 80 % de réponses satisfaisantes, ces résultats sont comparables, à ceux obtenus pour d'autres indications. l'observance et la compliance à ce traitement sont meilleures chez le sujet diabétique. Le mode d'action indépendant de la production de NO confère à ce traitement une grande sécurité notamment pour les patients présentant des complications cardiovasculaires. Ce traitement devrait donc être mis en place soit en première intention en cas de contre indication des IPDE5, soit après l'échec du traitement oral.

Finalement, malgré leurs imperfections, notamment sur le caractère prospectif randomisé, les études sur la dysérection du diabétique nous permettent aujourd'hui de comprendre l'ampleur démesurée de cette pathologie ainsi que la demande majeure des patients.
Il faut donc intensifier nos efforts pour aller au devant des diabétiques souffrant de dysérection, en formant leur médecin généraliste à engager la parole et à instaurer une conduite de première intention. Il faut nous unir pour multiplier les initiatives et prendre en charge cette pathologie.

MOTS CLÉS :
Diabète, dysfonction érectile, traitement, priorité

RÉFÉRENCES :
1. Johannes CB, Araujo AB, Feldman HA, Derby CA, Kleinman KP, McKinlay J: Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old :longitudinal results from the Massachusetts male aging study. *J Urol* 163:460-463,2000
2. De Berardis G, Franciosi M, BelfiglioM, Di Nardo B, Greenfield S, Kaplan SH, Pellegrini F, Sacco M, Tognoni G, Valentini M, Nicolucci A: Erectile dysfunction and quality of life in type 2 diabetics patients : a serious problem not too often. *Diabetes care* 25:284-291, 2002
3. Costabile RA, Optimizing treatment for diabetes mellitus induced erectile dysfunction. *J Urol* 170 :35-39,2003
4. Rance J and et al. How much of a priority is treating erectile dysfunction, a study of patients perceptions. Diabetics medicine ; 20(4): 205-209

LECTURE

LE SEXE ET LA LOI
E. Pierrat

Présentée par Y. Ferroul

LECTURE

LE SEXE ET LA LOI

*Me Emmanuel PIERRA*T

Avocat au barreau de Paris

La sexualité et la loi entretiennent des rapports aussi anciens qu'ambigus. Certains préceptes du Décalogue témoignent de cette constante préoccupation (« Luxurieux point ne seras de corps ni de consentement», « Œuvre de chair ne désireras qu'en mariage seulement »). C'est ainsi que le droit canon - qui a longtemps dominé le régime juridique français - sanctionne aussi bien la fornication que le stupre, le concubinage, l'inceste, le rapt, l'homosexualité, le viol, la zoophilie, la bigamie ou encore l'adultère. Les procès de sodomie ou de bestialité instruits sous l'ancien régime ont durablement marqué les commentateurs. Celui de Gilles de Rais, en 1441, en reste l'exemple le plus éloquent.

Le droit pénal napoléonien, qui a été instauré en 1810 et est toujours, pour une large part, en vigueur, a continué de régir fermement la sexualité dans nombre de ses manifestations. Le droit civil (qui organise notamment le mariage et la filiation) a également persisté à jauger la sexualité des justiciables (l'impuissance ou le transsexualisme ont, par exemple, fait l'objet d'une abondante jurisprudence).

Mais il n'existe pas vraiment de politique législative ou judiciaire uniforme des sexualités. Les sanctions sont très variables selon les qualifications juridiques. De plus, quelques pratiques considérées comme peu conformes aux bonnes mœurs ne sont pas réprimées en tant que tel : il en est ainsi du voyeurisme, de la coprophagie, du fétichisme, de la gérontophilie, etc.

De même, il est difficile d'évoquer les rapports entre sexe et loi en y cherchant une évolution soit libérale, soit répressive : le retour de l' « ordre moral » est fréquemment annoncé. La majorité sexuelle a été successivement fixée à onze ans, puis à vingt-un, à dix-huit et est aujourd'hui à quinze ans ; elle a été parfois distincte selon qu'il s'agissait d'hétérosexualité ou d'homosexualité…

Il faut toutefois relever que, à la différence de pays anglo-saxons, la France a conservé une forte tradition juridique de forte répression de la sexualité « publique », alors que les actes exercés toutes portes closes bénéficient d'une plus grande tolérance : la prostitution n'est pas interdite, au contraire du racolage.

En 1993, la France s'est dotée d'un nouveau code pénal. À cette occasion et depuis lors, plusieurs infractions ont été revisitées ou rebaptisées (l'excitation de mineurs à la débauche devient la corruption de mineurs, l'attentat à la pudeur une agression ou une atteinte sexuelle, l'outrage public à la pudeur une exhibition sexuelle, etc.). Certaines infractions ont été supprimées (il en est ainsi de la castration). De nouvelles qualifications pénales, telles que le harcèlement sexuel, ont vu le jour.

La répression morale, et, par voie de conséquence, la répression judiciaire, s'est accrue à l'encontre des sexualités dont tous les « partenaires » ne seraient pas consentants : le viol est ainsi de plus en plus fortement sanctionné par les cours d'assises, la pédophilie occupe un des premiers rangs des statistiques sur la criminalité et la délinquance sexuelles, etc. À l'inverse, le législateur comme les magistrats se montrent plus conciliants avec des sexualités qui, auparavant, étaient condamnées car elles attentaient aux « bonnes mœurs » ; elles sont désormais tolérées, voire ignorées par le droit, lorsque tous les acteurs en sont pleinement consentants : homosexualité, échangisme, amour à plusieurs, etc.

MOTS-CLÉS :
Sexualité – Droit – Répression – Bonnes moeurs – Infractions - Morale

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :
PIERRAT Emmanuel, *Le Sexe et la loi,* Arléa, Paris, 1996 ; La Musardine, Paris 2002.

SYMPOSIUM LILLY

AGE ET SEXUALITÉ : S'AIMER JUSQU'AU BOUT DE LA VIE

Président modérateur : N. Grafeille

Introduction
Nadine Grafeille

Le couple vieillissant : état des lieux
Epidémio, représentation et vécu
G. Ribes

Sexualité des séniors : nouveaux comportements, nouvelles perspectives
Centré sur les nouveaux comportements sexuels des personnes âgées,
la demande accrue en matière de sexualité, attentes et difficultés.
MH Colson

Vieillissement sexuel : mythes et réalités physiologiques
Physiopathologie : vieillissement pénien, hormonal, etc.
centré sur les aspects organiques du vieillissement sexuel et ses conséquences en pratique clinique.
P. Bondil

Prise en charge des difficultés sexuelles du sujet âgé
B. Cuzin

Questions/réponses

SYMPOSIUM LILLY

LA SEXUALITÉ DES SENIORS

Docteur Nadine GRAFEILLE

Psychiatre Sexologue - Directeur d'enseignement universitaire de sexologie à Bordeaux

En 2010, un quart de la population mondiale aura plus de 60 ans. Les démographes prévoient que ce chiffre passera à un tiers en 2035. Pourtant, malgré la réalité des statistiques, les discriminations anti-seniors à la télévision, à la radio, dans les journaux ou dans les lieux de consommation sont toujours aussi prégnantes. Le jeunisme ambiant nous impose d'être lisses, dynamiques et beaux. Pas facile pour les seniors de se faire une place au soleil, la jeunesse paraissant être le seul et unique critère de réussite dans la quête amoureuse. La vieillesse, forcément dégradante, est encore synonyme de perte d'attractivité érotique. Les vieux sont déjà exclus du marché de l'emploi, sont-ils aussi condamnés à être tenus à l'écart des jeux de l'amour ?

Une révolution silencieuse est en marche. Les baby-boomers de l'après guerre sont devenus les seniors d'aujourd'hui. Actifs, dynamiques et créateurs souvent de plus en plus tard, ils orientent et orchestrent de nouveaux concepts. Cette augmentation de la longévité s'accompagne d'un corollaire important : la qualité de vie, dont la sexualité est l'un des composants essentiels. Actuellement, le désir n'a pas d'âge et les vieux couples refusent de voir leur relation se transformer avec le temps en une simple complicité amicale.
Les seniors veulent, comme leurs enfants, voire même leurs petits-enfants, avoir le droit à l'orgasme le plus souvent et le plus longtemps possible. Ils revendiquent des érections satisfaisantes, des vagins accessibles, du désir au-delà des rides ou de la presbytie. Les tabous, les peurs, les idées préconçues, le manque d'informations, le regard de l'autre, la crainte d'être jugé ou la peur du ridicule ne les freinent plus dans leur quête du plaisir. Le sexe après 60 ans n'est plus le monopole des hommes. Les femmes prennent désormais l'initiative, elles osent parler librement de leurs désirs et anticipent parfois même leurs difficultés. Leur sexualité n'est plus comme autrefois subie, mais choisie. Un tiers des septuagénaires ont des relations sexuelles, et trouvent cela normal.

Les maladies d'antan sont aujourd'hui mieux soignées. Les femmes domptent la ménopause, les rides, les tumeurs mammaires et la sécheresse vaginale. Les hommes se familiarisent avec l'andropause, la calvitie, une prostate parfois capricieuse et un pénis fragile. Les progrès réalisés dans la gestion des troubles de la ménopause, le traitement des pertes d'érection avec l'arrivée des inhibiteurs de la phosphodiestérase 5, les performances accomplies en chirurgie mammaire, esthétique ou plastique, permettent aux plus de 60 ans de mieux vivre leur sexualité. D'après les dernières études statistiques, un couple sur deux se recompose. Les rencontres sont facilitées par le biais d'Internet, la solitude n'est plus une fatalité et un senior sur cinq fait l'amour au moins une fois par semaine. Qui dit mieux ?
Cette réflexion est le fruit de nombreuses rencontres en consultation, en direct au cours d'émissions de radio, auprès de pensionnaires de maisons de retraite ou de centres de convalescence qui ont accepté de se prêter au jeu des questions-réponses et de nous livrer leurs préoccupations. Le panel des personnes interrogées est large, puisqu'il regroupe des hommes et des femmes de 55 à 104 ans qui ne veulent en aucun cas renoncer à leur sexualité.

En 2050, les seniors représenteront deux milliards d'individus sur la Terre et leur sexualité nous intéresse.

SYMPOSIUM LILLY

LE COUPLE VIEILLISSANT : ETAT DES LIEUX

Pr. Gérard RIBES

Psychiatre Sexologue
Laboratoire de Psychologie de la santé et du développement
Institut de Psychologie - Université Lumière Lyon 2

1- Evolution de la démographie individuelle et conjugale

Le 21ème siècle sera le siècle des âgés. Bien que le veuvage des femmes reste important la proportion de couple augmente dans la génération des 70-80 ans par augmentation de la longévité masculine.

2- Le couple âgé entre idéalisation et rupture

La mise en retraite est le temps de la satisfaction conjugale pouvant aller jusqu'à la « glorification maritale » selon O'Rouke mais c'est aussi celui de la « détresse conjugale » pouvant aller jusqu'à la séparation. Selon les données de l'I.N.E.D l'arrivée à la soixantaine des « babys boomers » s'accompagne d'une augmentation des divorces (28% de plus chez les femmes et 39% de plus chez les hommes) et de recompositions de couples puisque la presque totalité des seniors divorcés se remettent en couple. Selon ces mêmes données 57% des hommes et 54% des hommes disent avoir une vie sexuelle active une fois remariés. On sait de plus que vivre en couple dans cette tranche d'age est le premier facteur de préservation de la sexualité.

3- Place de la sexualité chez les couples âgés

L'importante étude de Bergstrom-Walan et Nielson a montré que même si avec l'age l'activité sexuelle diminuait elle ne disparaissait jamais et que la pénétration restait un élément important pour l'obtention d'une satisfaction sexuelle. Les travaux de Adde-Ridder ont permis de mettre en évidence la place de la sexualité comme facteur de qualité de la relation chez les couples âgés. Rienzo et Barbara recensés les facteurs permettant le maintien d'une sexualité, ce qui nous permettra de poser la question d'une « éducation sexuelle » à destination des âgés. Quant à Nicosi il a pu mettre en évidence qu'une grande majorité des 70-80 ans étaient en faveur de l'utilisation de traitements pour continuer à apprécier la sexualité.

Et nous n'oublierons pas que comme l'a montré Wasow et Loeb que la sexualité garde une place pour les âgés en institution.

SYMPOSIUM LILLY

S'AIMER JUSQU'AU BOUT DE LA VIE : SEXUALITÉ DES SENIORS, NOUVEAUX COMPORTEMENTS, NOUVELLES PERSPECTIVES

Docteur Marie Hélène COLSON

Médecin Sexologue

Nous vieillissons, notre société vieillit. Dans un monde ou un français sur deux a plus de 55 ans , le 3° âge est peut être en train de devenir le nouvel âge de la vie.
Un nouvel âge sans sexualité ?
Les « Baby boomers » d'hier, devenus les « papy-boomer » d'aujourd'hui, ne l'entendent pas ainsi. Ils ont été les premiers utilisateurs de la pilule du Dr Pincus, et la première génération à inventer une sexualité affranchie des contraintes de la reproduction. Ils sont prêts aujourd'hui à aller encore plus loin et à inventer un nouvel espace de vie et de vie sexuelle, bien après l'âge de la fécondité .
Toutes les récentes études épidémiologiques nous montrent un nouveau profil d'hommes et de femmes qui ne souhaitent pas renoncer à leur sexualité , y compris jusqu'à un âge très avancé. L'âge de la retraite n'est pas obligatoirement celui de tous les renoncements.
Comment concilier vieillissement physiologique et représentations traditionnelles assignant une limite d'âge à la sexualité, avec de nouvelles perceptions, de nouvelles attentes ? Comment mettre en place de nouvelles normes reculant les limites traditionnellement assignées à la sexualité, à la vie elle-même ? Les plus âgés d'entre nous s'y emploient au jour le jour, traçant pour les générations à venir un chemin où il devient possible de vivre vieux et de vieillir jeune, à deux, en continuant à s'aimer jusqu'au bout de la vie.

RÉFÉRENCES BIBIOGRAPHIQUES :

1) Sources INSEE, recensement 2002
2) MH. Colson, « Réaliser sa sexualité » press Pocket, 2003
3) EO Laumann et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y:prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. International Journal of Impotence Research (2004), 1–19
4) Bretschneider Judy, Mac Coy Norma, « Sexual interest and behavior in healthy 80-102 years year old « our Sexuality up date, Benjamin / cummings publishing, Spring 1989.

SYMPOSIUM LILLY

VIEILLISSEMENT SEXUEL : MYTHES ET RÉALITÉS PHYSIOLOGIQUES

Pierre BONDIL

Urologue-andrologue

Le vieillissement sexuel reste mal connu du fait de multiples tabous et ignorances (individuels et sociétaux) [1,2,3]. En fait, parmi, les différents rôles de la sexualité, le seul qui perd définitivement sa place avec l'âge est la reproduction via la ménopause de la femme. Tous ses autres rôles (relationnel, identitaire, ludique et / ou amoureux) persistent même très souvent jusqu'à un âge avancé quoique avec d'importantes variations inter mais aussi intra-individuelles. Physiologiquement, le vieillissement sexuel entraîne, tant chez l'homme que chez la femme, des changements plus ou moins importants de la réponse sexuelle. Ainsi, chez l'individu **en bonne santé**, l'érection est plus longue à venir, la période réfractaire augmente, la sensibilité sensorielle génitale diminue, les tissus génitaux deviennent plus fibreux [1,2]. La fréquence et la qualité des érections nocturnes diminuent parallèlement à la baisse de testostérone et du sommeil. Chez l'homme, l'éjaculation est plus longue à venir et de plus faible volume. Chez la femme, les sécrétions vaginales diminuent. Même si le désir est présent, l'homme et la femme ont donc besoin de d'avantage de stimulations d'où la place privilégiée : a) du partenaire, b) de l'environnement, c) de l'information [1,2,3]. La réalité de ces modifications de « performance sexuelle physiologique» doit être connue pour être mieux acceptée ce qui évite un déphasage à l'origine de frustrations réciproques dans le couple. Elle facilite également la notion d'adaptation (comme les lunettes pour la presbytie) pour une sensualité plus « complice» et moins performante même si la capacité érectile reste toujours un facteur prédictif de la satisfaction sexuelle de l'homme. Cette plus grande « fragilité » physiologique avec l'âge souligne l'intérêt d'entretenir régulièrement l'activité sexuelle pour éviter toute altération sénile. Ainsi, la baisse de l'activité sexuelle peut induire un déficit androgène (au niveau hormonal) et du monoxyde d'azote (au niveau cellulaire érectile) à l'origine de cercles vicieux physiopathologiques auto-entretenant la réduction d'activité sexuelle et favorisant la fibrose sénile progressive des tissus érectiles. Ce « sexercice » est d'autant plus important que le sujet âgé a un profil de risque sexuel [1] majeur puisqu'il accumule les facteurs de risque bio-psycho-environnementaux. Ainsi, parallèlement à l'information des sujets âgés, la prise en charge des diverses morbidités chroniques (troubles urinaires, cardiovasculaires, iatrogènes, anxiodépressifs…) et facteurs de risque (tabagisme, surpoids, sédentarité…) liés à l'âge aident à mieux préserver l'état de santé globale et donc la santé sexuelle.

RÉFÉRENCES BIBIOGRAPHIQUES :

1) Bondil P : Dysfonction érectile et vieillissement : qu'en est-il ? In La dysfonction érectile. P Bondil, Ed John Libbey Eurotext ; 2003 : pp 85-98.
2) Camacho ME and Reyes-Ortiz CA : Sexual dysfunction in the elderly: age or disease ? Int J Impotence Res 2005; 17: S52-S56
3) Laumann EO et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y:prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Int J of Impotence Res 2004, 1–19

SYMPOSIUM LILLY

PRISE EN CHARGE DES DIFFICULTÉS SEXUELLES DU SUJET ÂGÉ

Béatrice CUZIN

Praticien Hospitalier temps partiel
Urologue - Andrologue

Plus de 70% des hommes âgé (plus de 65 ans) restent sexuellement actif et plus de 40% sont insatisfaits de leur sexualité : c'est dire si la prise en charge de leurs difficultés sexuelles est importante.
Les études longitudinales MMAS (Masachussets male Aging Study), ont permis d'établir la probabilité d'une dysfonction érectile (DE) selon l'âge : un sujet de 70 ans à 70% de chance d'avoir une dysfonction érectile.
Concernant les étiologies de sa dysfonction érectile: le patient de plus de 65 ans a souvent des co-morbidités liées à l'âge, qui pourraient dans certains cas être en relation également avec sa DE et qui doivent être prises en compte dans le traitement : il s'agit principalement de la maladie coronarienne, de l'athérome, du diabète, de l'hypertension artérielle, de certaines maladies neurologiques (attaques, démence, dépression), des troubles urinaires du bas appareil, des fibroses péniennes et de la diminution des androgènes liées à l'âge (DALA).
L'examen clinique et le bilan ne présente pas de différence notable avec celui des patients plus jeunes. On rappelle toutefois l'importance de bien évaluer la prostate et de faire une recherche biologique du DALA dans cette tranche d'âge plus particulièrement.
La proposition d'un projet thérapeutique intégrera la partenaire (en tenant compte de son état de santé, de sa demande et de ses éventuelles difficultés sexuelles). Il visera à :
- donner des informations sexuelles au couple et des conseils d'hygiène de vie en tenant compte du vieillissement physiologique et de son retentissement sur le comportement sexuel. On attachera une importance particulière au contexte de vie (habitat, financier, etc...).
- Permettra d'identifier d'éventuels changements des traitements en cours chez un patient qui souvent est poly-médicamenté.
- Prescrire un traitement d'aide à l'érection. Dans cette sous-population, les différents IPDE 5 ont été bien évalués et leur efficacité et leur tolérance est aussi bonne que celle des patients plus jeunes. On soulignera la meilleure acceptation des traitements de seconde ligne tel l'érecteur à dépression chez ces « vieux » couples.

Les patients peuvent également souffrir d'éjaculation prématurée, d'autant plus difficile à prendre en charge que son évolution est plus longue. Il existe que peu données publiées chez le sujet âgé.
Les femmes âgées expriment les mêmes préoccupations que leur compagnon à conserver une sexualité. La démarche de prise en charge sera la même que pour les hommes. Dans cette tranche d'âge, la prescription d'un traitement substitutif hormonal est fréquente, pas au-delà de 10 ans de durée en règle générale et des essais cliniques ont été conduits avec de nombreuses molécules : testostérone, DHEA, SERM (Selective Estrogen Receptor Modulators).
Au total, 60% des couples de plus de 65 ans souhaitent continuer à avoir des relations sexuelles, de nombreuses femmes et hommes expriment des difficultés sexuelles qui peuvent avoir des solutions thérapeutiques en prenant en compte toutes les particularités de cette population.

BIBLIOGRAPHIE :

- Seftel AD. From aspiration to achievement: assessment and noninvasive treatment oferectile dysfunction in aging men.J Am Geriatr Soc. 2005 Jan;53(1):119-30.
- Kshirsagar A, Seftel A, Ross L, Mohamed M, Niederberger C. Predicting hypogonadism in men based upon age, presence of erectile dysfunction, and depression.Int J Impot Res. 2006 Jan-Feb;18(1):47-51.
- Dennerstein L, Hayes RD. Confronting the challenges: epidemiological study of female sexual dysfunction and the menopause. J Sex Med. 2005 Sep;2 Suppl 3:118-32.
- Camacho ME, Reyes-Ortiz CA. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? Int J Impot Res. 2005 Dec;17 Suppl 1:S52-6..
- Walsh KE, Berman JR. Sexual dysfunction in the older woman: an overview of the current understanding and management. Drugs Aging. 2004;21(10):655-75.

SYMPOSIUM AMS ET MENTOR-PORGÈS

FAUT-IL ENCORE POSER DES PROTHÈSES DANS LES DE ?

Discutant : P. Costa

Pour : *A. Faix*

Contre : *P. Desvaux*

SYMPOSIUM AMS ET MENTOR-PORGÈS

FAUT-IL ENCORE POSER DES PROTHÈSES DANS LES DE ? POUR

Antoine FAIX

Urologue - Andrologue

L'implant pénien : le dernier recours…

L'homme est désormais seul… face à lui-même.
Il avait réussi à endurer la maladie, supporter les interventions chirurgicales mais son problème d'érection est de trop... Bien sûr son médecin lui a donné des médicaments, des piqûres, des petits suppositoires à mettre dans le canal et il a même essayé un appareil pour dilater la verge mais rien n'y fait, rien ne marche…
Pourtant, avec son épouse, il avait tout pour enfin être heureux…à la retraite, des enfants leur ayant donné des petits enfants et il aurait pu profiter du repos de cette dernière partie de la vie pour conserver une activité sexuelle.
Son couple a toujours bien fonctionné et il s'est toujours bien entendu malgré l'impossibilité de rapport depuis maintenant trois ans.
Il n'ose même plus désormais envisager des gestes de tendresse et d'affection envers sa femme, sachant qu'il ne pourra jamais aller plus loin…
Et bien non, il y a une dernière option dont on lui a à peine parlé : l'implant pénien. La seule solution à son problème compte tenu de cette dysfonction érectile réfractaire organique comme l'a dit le dernier Urologue.
Est-ce dangereux ? Il ne le sait pas. A-t-on du plaisir ? Il l'espère. Peut-on en donner à sa partenaire ? C'est indispensable. Y a-t-il des complications ? Sûrement mais lesquelles ?
L'implant pénien chez certains hommes souffrant d'une dysfonction érectile organique réfractaire à tout traitement, peut rester l'ultime solution, le dernier rempart avant la « retraite sexuelle » définitive.
Du point de vue du médecin et non du patient , le taux de satisfaction chez les patients est de l'ordre de 85% et de 80% chez leurs partenaires avec comme complication majeure l'infection (1à 4%), et les complications mécaniques de 5 à 13 % à 5 ans.
Malgré tout, il reste l'option de rattrapage qu'il faut penser et savoir proposer à ces patients avec une dysfonction organique réfractaire.

MOTS-CLÉS :
Dysfonction érectile réfractaire, implant pénien, qualité de vie, satisfaction du couple,

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

AUA guidelines 2005 (management of erectile dysfunction;
http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=7261)

Cour F, et al.,
- Recommendation to general practice doctors for the intention management of erectile dysfunction, Prog Urol. 2005 Dec;15(6):1011-20.
- Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile (téléchargeable sur www.aihus.fr)

SYMPOSIUM AMS ET MENTOR-PORGÈS

FAUT-IL ENCORE POSER DES PROTHÈSES DANS LES DE ? CONTRE

Pierre DESVAUX

Médecin Sexologue

Le dernier recours entend-t-on souvent comme justification à la pose d'implants péniens. L'intention est louable et en effet comment refuser ce geste à un patient quand tout a échoué auparavant ? Malheureusement le problème survient souvent dans l'indication et la qualité du geste, le principe de celui-ci n'étant pas à rejeter. La population vieillit, plutôt mieux qu'auparavant, alors qu'en parallèle certaines pathologies sont en augmentation comme le diabète de type 2 et le cancer de la prostate, grand pourvoyeurs de dysfonction érectile (DE). Les progrès de la Médecine rajoute des années à la vie, à nous Sexologues d'y ajouter la qualité ! Les implants représentent-ils la qualité de vie recherchée ?

Le premier travail que nous avons à faire, tous collectivement, est une prise en charge sérieuse et précoce des troubles de l'érection, particulièrement en cas d'origine organique. Pour résumer un certain nombre de travaux expérimentaux récents : "la fonction créer l'organe" comme l'aurait dit Claude Bernard. Alors ne laissons plus sans soins certains patients, en leur faisant miroiter une amélioration spontanée qui ne viendra jamais. Ce travail commence à être fait par les Urologues dans les suites des prostatectomies radicales, à quand pour les diabétiques et les artériopathes ! A-t-on vraiment tout essayé avant de se résoudre à la chirurgie prothétique ? On peut parfois en douter si l'on en croit le discours des patients. Déclaration hâtive de l'inefficacité des différents traitements (per os et par injections intra-caverneuses), voir ignorance de la possibilité d'injections intra-caverneuses ou absence de bilan hormonal ! Ceci pour l'aspect organique, n'oublions pas que derrière ce trouble il y a aussi un couple, que pense-t-elle de l'intervention ? Souhaite-t-elle une sexualité ou imagine-t-il qu'il va reconquérir une épouse, une compagne qui s'est éloignée de la sexualité pour bien d'autres raisons ? Combien de déconvenues encore.

La qualité du geste est primordiale, surtout chez des patients fragiles comme les diabétiques anciens. Peut-on espérer atteindre cette qualité quand on sait que la majorité des Urologues ne pratiquent cette chirurgie que de manière anecdotique (quelques interventions par an au maximum, voir une seule). Certes le matériel a fait des progrès, comme les implants imprégnés d'antibiotiques, mais ne devrait on pas réserver cette chirurgie à des centres d'excellences qui ont acquis une réelle expérience dans le domaine, fondée sur l'habitude de cette chirurgie, pour une meilleure adéquation entre le matériel disponible, les choix du patient et les possibilités techniques ?

Un réel dialogue avec des informations claires est indispensable avec le patient, mieux le couple. Combien se plaignent à posteriori que la verge reste froide lors des ébats, qu'elle durcit mais ne s'allonge que très peu, que la partenaire trouve cela très artificiel…

La chirurgie vasculaire des troubles de l'érection à quasiment disparue et pourtant l'origine vasculaire de la DE est souvent reconnue, tout simplement par ce que les traitement médicaux sont de plus en plus efficaces. Une meilleure "gestion " médicale des dysfonctions érectiles fera aussi reculer la chirurgie des implants, permettant de conserver une érection la plus naturelle possible longtemps. C'est l'un des prochains défis de la Médecine Sexuelle.

MOTS CLÉS :
Dysfonction érectile, Implants péniens, prothèses péniennes, qualité de vie,

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

"Pourquoi une prothèse pénienne quand on peut écouter le couple ?"
Marc Belicar, Mireille Bonierbale Sexologies 1997 Vol VI n°25; 14-15

Ten years of experience with penile prosthesis implantation in Taiwanese patients. Chiang HS et al J. Urol. 2000 136:476-480

LECTURE

LE SYNDROME DU PETIT PÉNIS

J. Tignol

PU-PH Psychiatrie . Responsable du DIU de Sexologie de Bordeaux

Présentée par H. Lejeune

LECTURE

LE PETIT PÉNIS IMAGINAIRE

J. TIGNOL

L'époque est favorable à la chasse aux défauts physiques, vu l'exigence de beauté que martèlent à longueur de journée les images de la publicité. Les hommes sont maintenant, comme les femmes, la proie de préoccupations quant à leur physique. Dans l'étude de 1997 du magazine Psychology Today, 43% des hommes interrogés sont insatisfaits de leur apparence corporelle. Leur pourcentage n'était que de 15% en 1972.

Cette préoccupation esthétique masculine se traduit, entre autres, par l'augmentation de la fréquentation des salles de gym et la recherche d'une musculature hyper développée. Montrer sa virilité est probablement une donnée anthropologique. Ce n'est que tout récemment dans l'histoire de notre espèce que les progrès de la force mécanique ont rendu la force physique quasiment superflue.

Le pénis – érigé – a toujours été un symbole de force et de pouvoir, contesté avec succès depuis quelques décennies, dans les pays occidentaux, par les femmes. Les adolescents sont toujours préoccupés par les mensurations de leur pénis. Anxieux d'informations et de comparaisons sur ce point, la plupart finissent par se rassurer. Pas tous, il faut le croire, puisque l'essor de méthodes d'agrandissement du pénis, chirurgicales, mécaniques ou manuelles, florissantes sur internet et mises en pratique dans la réalité, montre qu'un nombre relativement important d'adultes sont restées fixés à des préoccupations sur la taille de leur pénis au point d'essayer de l'améliorer artificiellement.

Une partie d'entre eux au moins est poussée par une préoccupation pathologique et présente un Body Dysmorphic Disorder (BDD), pathologie psychiatrique de l'axe I du DSM-IV, proche du Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) (Tignol, 2006).

Il s'agit de la préoccupation par un défaut physique imaginaire, totalement inexistant ou tout à fait minime, de localisation variable, qui va envahir la vie du sujet au point de provoquer un handicap et une souffrance significatives, souvent considérables. Ces sujets sont souvent entièrement convaincus de la réalité de leur défaut et cherchent par tous les moyens à le camoufler d'abord, à le corriger ensuite. La correction est demandée avec insistance aux spécialistes du supposé défaut, dermatologues, chirurgiens esthétiques, stomatologues, et dans notre cas urologues.

Le BDD du petit pénis représente environ 10% de tous les cas publiés de BDD. Les préoccupations concernent la taille du pénis flaccide. Elles sont angoissantes et envahissantes. Il est difficile aux sujets de demander de l'aide tant ils éprouvent de honte. Un comportement spécifique est l'abandon de toute activité sportive impliquant un déshabillage plus ou moins public, qui lui a valu le nom de « syndrome des vestiaires ».

Pour le BDD en général, la chirurgie esthétique peut satisfaire le sujet sur le moment, mais est le plus souvent inefficace sur la maladie elle-même. Il a été montré dans plusieurs études ouvertes et une étude contrôlée que le BDD répond bien aux inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, utilisés comme dans le TOC.

Au 20ème congrès de l'Association Européenne d'Urologie, il a été reconnu que : « la chirurgie d'allongement du pénis reste très décevante », tandis que l'on a insisté sur les traitements psychologiques. Une étude récente (Shamloul et al. 2005) montre l'efficacité d'une prise en charge psychothérapique adaptée.

RÉFÉRENCES :

Jean Tignol : Les défauts physiques imaginaires. Comprendre et soigner le BDD. 1 vol. Odile Jacob, Paris, 2006.

Shamloul R et al. : “Treatment of men complaining of short penis.” Urology 2005 ; 65 : 1183-1185.

LECTURE

AMOUR, COUPLES ET SEXUALITÉ

Q. Debray

Présentée par C. Lançon

LECTURE

AMOUR, COUPLES ET SEXUALITÉ.

Quentin DEBRAY

PU-PH Psychiatrie . Responsable du DIU de Sexologie de Paris V

La relation amoureuse, la vie de couple et les relations sexuelles sont pratiquées de façon éminément variable au sein d'une population. Le contexte culturel et l'éducation jouent un rôle important. La personnalité des sujets en présence est également un facteur notable. Chez les sujets borderline, il existe une demande affective intense, une quête éperdue de l' autre, avec épuisement de la relation, déception inévitable de la part du partenaire, rejet massif, attitudes agressives et auto agressives. Au delà des ruptures peuvent survenir des comportements addictifs. Chez le psychopathe, le comportement est dominé par l'attitude virile et l'affirmation par tous les moyens, débordant les lois et les usages. Les sujets sont guidés par la jouissance dans tous les domaines. Ils ignorent et méprisent les attitudes tendres et chaleureuses. L'amour se confond chez eux avec l'instinct sexuel. Mais ils sont en même temps immatures, vulnérables, alexithymiques. Chez l'histrionique, l'amour et la sexualité se concentrent sur les comportements de cour et de parade ; il s'agit de séduire, d'impressionner, de se montrer. Ils promettent plus qu'ils ne donnent. L'investissement intérieur et intime est plus pauvre, peu réfléchi, d'où une grande instabilité et une dépendance importante à l'égard du domaine social, de la mondanité. Chez les paranoïaques, l'amour et la sexualité sont redoutés, car ce sont des occasions de faiblesse. L'investissement, caché, secret, peut tourner à l'érotomanie, que l'orgueil fortifie. Chez le narcissique, l'orgueil et la séduction amènent à des attitudes de séduction trés empressées qui peuvent être agressives et indécentes. Chez l'obsessionnel, le sens du secret, la précision, les rites surinvestis, peuvent conduire à des existences compartimentées, le notable respectable se trouvant pratiquer en privé des turpitudes indécentes et cachées. Chez le sujet dépendant, l'incapacité à exprimer clairement les désirs, l'absence de véritable adhésion et d'enthousiasme, amènent l'agacement où l'agressivité chez le partenaire. Le dépendant est frustrant, il ne dit pas la vérité, il cache. Il ne sait pas résister aux tentateurs. Chez le passif-agressif, chez le déprimé, la passivité s'assortit de critiques boudeuses qui cassent l'ambiance. Chez l'évitant, neutre, distant et coincé, on retrouve une absence de joie et de sensualité à quoi se mêle une vilaine jalousie à l'égard de ceux qui sont épanouis

SYMPOSIUM PFIZER

LES FEMMES, LEUR COUPLE, LEUR SEXUALITÉ

Président : M. Bonierbale
Modérateur : J. Rollet

Le comportement sexuel féminin ; depuis A. Kinsey à nos jours quels changements ?
B. Cuzin

Les dysfonctions sexuelles féminines : nouvelles classifications
R. Porto

Les femmes parlent de leur sexualité
M. Chevret-Méasson

Quel couple pour les femmes d'aujourd'hui ?
P. Brenot

SYMPOSIUM PFIZER

LE COMPORTEMENT SEXUEL FÉMININ : DEPUIS A KINSEY À NOS JOURS : QUELS CHANGEMENTS ?

Béatrice CUZIN

Urologue, andrologue, praticien hospitalier

Alfred Charles Kinsey (1894-1956), professeur d'entomologie et de zoologie a publié en 1948, *Sexual Behavior in the Human Male* et en 1953, *Sexual Behavior in the Human Female.* Il y révélait la diversité des pratiques sexuelles (masturbation, homosexualité,….). Cette première description, bien que issue d'un échantillon sélectionné, a initié l'ère des enquêtes descriptives médicales et sociologiques sur la sexualité féminine. Il y révélait que 62% des filles de 15 ans se masturbaient. Ces dernières décennies ont également été marquées par des recherches sur l'anatomie et la physiologie sexuelle féminine dont les principales seront décrites. Au début du XXI^{ème} siècle, les femmes commencent leur vie sexuelle plus jeune, ont plus de partenaires, qu'elles choisissent, le plus souvent, sont plus « libres » dans tous les domaines. Cette évolution est également passée par la maitrise de la contraception, et a subi l'influence des maladies sexuellement transmissibles ainsi que du SIDA. Le sexe commanderait l'ensemble de l'existence sociale. Actuellement, des résultats « bruts » sur le comportement sexuel féminin, sont disponibles dans un certains nombre de pays dont la France (rapport Spira).

On essayera dans une deuxième partie de cet exposé de replacer ces connaissances dans le cadre plus vaste de l'histoire de la sexualité envisagée d'un point de vue historique, sociologique et philosophique. Le comportement est défini comme des mouvements organisés externes à l'organisme. Chez les mammifères, le comportement correspondrait à l'ensemble des mouvements organisés externes, produits par l'activation du système musculaire squelettique, sous le contrôle de l'activité neurale. Les comportements complexes comme le comportement sexuel sont sous l'influence de nombreux facteurs, pour certains la tentation de l'interprétation essentialiste est grande et elle est lourde de conséquence sur l'éducation des filles (et des garçons).

D'autre part, si la "libération" sexuelle semble avoir fait tomber des tabous, les enquêtes et les statistiques ont engendré des notions de "normes" qui se révèlent une nouvelle forme d'asservissement totalitaire. La société a subi de nombreuses mutations rapides, elles aussi génératrices de nombreuses tensions et souffrances au sein du couple et de la famille.

Enfin, les études réalisés chez la femme, le sont par référence à l'homme et à son système de valeur: "l'anatomie de l'homme est le destin sexuel de la femme". Comment s'affranchir de ce passé, pour quel avenir ?

BIBLIOGRAPHIE :

- Kinsey A, Le comportement sexuel de la femme. Amiot, Dumont, Paris, 1954
- A Spira, N Bajos, groupe ACSF, Les comportements sexuels en France, la documentation française, 1993.
- A Biddlecom, Trends in sexual behaviours and infections among young people in the United States. Sex Trans Infect 2004; 80:ii74-ii79.
- S Hite, le nouveau rapport Hite, J'ai lu 2004
- M Foucault . Histoire de la sexualité (3 tomes), tel gallimard 1994, 1997
- P Bruckner, Le nouveau désordre amoureux, Points 1997.
- JL Flandrin, Le sexe et l'occident, Histoire, 1986

SYMPOSIUM PFIZER

DYSFONCTIONS SEXUELLES FÉMININES

Robert PORTO

Psychiatre Sexologue
Directeur du DIU Marseille Montpellier
Président de l'EFS (European Fédération of Sexology)

La classification traditionnelle des dysfonctions sexuelles féminines (DSF) ,basée sur les manifestations physiologiques correspondant au modèle de la réponse sexuelle humaine de Masters & Johnson, bien qu'amélioré par Kaplan, reste étroitement andromorphe et considère les D.S.F en miroir des D.S.Masculines selon la progression linéaire =
Désir-Excitation-Plateau-Orgasme –Résolution
De nombreux travaux sur différents aspects de la réponse sexuelle féminine (RSF) contredisent cependant le modèle traditionnel sous tendant les définitions existantes.
Tout d'abord la prééminence du mental sur le physiologique s'est confirmée(Bancroft 2003) ; ensuite l'activité sexuelle féminine peut débuter pour une tout autre motivation qu'un désir sexuel conscient qui manque souvent à ce stade (Basson 2001) ; souvent des femmes saines en couple stable n'ont pas de pensées sexuelles spontanées (Bancroft 2003, Cawood 1996, Garde1980) ; la majorité des femmes, avec ou sans trouble de l'excitation, et ne ressentant pas une excitation subjective,présentent une congestion génitale ! (Laan 1995) etc.
Ces constatations ont conduit à un nouveau modèle de la RSF.

MODELE ALTERNATIF DE LA R S F

Chez la femme de nombreux facteurs psychologiques et biologiques déterminent, dans un contexte favorable, une disponibilité sexuelle. Des stimuli à signification sexuelle déclenchent un état d'excitation, aboutissant ensuite, s'ils sont suffisamment agréables et prolongés, à un état de *désir sexuel réactionnel* (Basson 2001), modulé par des variables du partenaire.
A cela peut s'ajouter *un désir spontané* fait de pensées et d'envie de sensations sexuelles pour elles mêmes.
Un résultat satisfaisant n'implique pas nécessairement une décharge orgasmique mais augmentera de toutes façons la motivation d'être à nouveau active sexuellement. (Basson 2001)

NOUVELLES DEFINITIONS

TROUBLES DU DESIR=
- Manque d'intérêt sexuel & déficit de désir
Le terme *intérêt sexuel* a été introduit pour couvrir les diverses motivations incitant la femme à débuter une activité sexuelle, car il n'est plus justifié de se centrer sur le seul aspect «désir»de la RSF comme le font les définitions existantes du DSM IV et de la CIM 10, compte tenu de l'inconstance de sa manifestation spontanée et de son absence habituelle comme pré requis à une relation sexuelle.
A été également ajoutée à la définition *la perte du désir réactionnel*
En outre les femmes *manquant de désirs sexuels spontanés* mais *excitables* et *satisfaites* de leurs relations sexuelles sont considérées non pathologiques en opposition à la définition existante du Désir Sexuel Hypo -actif qui suggère le contraire.

TROUBLES DE L'EXCITATION =
La vaso-congestion/lubrification génitale sur laquelle se focalisent les définitions classiques a détourné le diagnostic du vécu de la femme car c'est le manque d'excitation subjective qui est la clé de leur détresse.(Laan 1995, Basson 2003)
- *Trouble de l'excitation sexuelle subjective*
- *Trouble de l'excitation sexuelle génitale*
- *Trouble combine de l'excitation subjective et génitale*
- *Trouble d'excitation sexuelle persistante*

TROUBLES DE L'ORGASME =
On précise désormais que le trouble survient *malgré un degré élevé d'excitation*, ce qui n'était pas souligné dans la définition classique.

TROUBLES DOULOUREUX=
- *Dyspareunie :*
  Sa définition inclut désormais l'intolérance aux *mouvements coïtaux*
-*Vaginisme :*
 On parle désormais *d'évitement phobique* et de *contraction* musculaire
- *Aversion Sexuelle :*
  Certains considèrent qu'il s'agit plutôt d'une réaction phobique.

Ces nouvelles formulation permettent des diagnostics plus précis et augmentent la compréhension des DSF.

A cela s'ajoute la **CLASSIFICATION ETIOLOGIQUE** de Leonor Tiefer qui souligne l'importance des *facteurs contextuels, socio-économiques et culturels* à l'origine des DSF, augmentant ainsi leur compréhension et les possibilités d'impact thérapeutique.

MOTS CLÉS :
Dysfonctions sexuelles féminines,Définitions ,Classifications

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :
- Basson R. Human sex response cycles. J.Sex.Marital.Ther.2001; 27(1) :33-43
- Bancroft J et Distress about sex :A national survey of women in hétérosexual relationshis. Arch Sex Behav 2003;32:193-211.
- Cawood EHH, Bancroft J.Steroid hormones,the menopause,sexuality and well being of women. Psychol Med 1996;26:925-936.
- Garde K, Lunde I. Female sexual behaviour.The study in a random sample of 40-year-old women. Maturitas 1980; 2: 225-240.
- Laan E, Everaerd W. Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theorian data. Annu Rev Sex Res 1995;6: 32-76.
- Tiefer, L. (2002). Arriving at a "new view" of women's sexual problems: Background, theory and activism. In E. Kaschak & L. Tiefer (Eds.), A new view of women's sexual problems. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Basson R et al Definitions of women's sexual dysfunctions reconsidered : Advocating expansion and revision. J Psychosom Obstet Gynaecol.2003;24:221-229.

SYMPOSIUM PFIZER

LES FEMMES PARLENT DE LEUR SEXUALITÉ

Marie CHEVRET -MÉASSON

Psychiatre sexologue
Directeur du DIU de Sexologie de Lyon

LES FEMMES ? LEUR COUPLE ? LEUR SEXUALITE

Trois types de représentation féminine historique infiltrent toujours nos modes de pensée:
1) inférieure et soumise « la femelle est un mâle mutilée » ARISTOTE
2) Femme MAIS Mère
3) la porte du diable « en lubricité la femme vaut en moyenne deux hommes et demi » DICTIONNAIRE DES SCIENCES MEDICALES du XIX^{ème} siècle.

Même si les femmes votent, travaillent, parlent et écrivent sur la sexualité, nous ne sommes jamais à l'abri de préjugés,et d'images faussées sur la sexualité.
Après le bouleversement entraîné par la médicalisation de l'érection quelles sont leurs attentes dans la sexualité, leurs réactions face aux problèmes de leur partenaire, leurs idées sur les traitements. *Résignées ? Silencieuses ? En parlent elles franchement ?*
L'institut Louis Harris a interrogé 6500 femmes puis 358 femmes partenaires d'hommes souffrant de pannes d'érection ont répondu complètement à notre enquête d'opinion.
Les pannes évoquées – occasionnelles 83%, et fréquentes ou permanentes 17% – interviennent à tous les âges.
Les pannes sont d'environ 20% que l'on soit dans les premières années de vie commune ou dans un couple vivant ensemble depuis 20 ans.
La fréquence des relations sexuelles satisfait 62% des femmes mais 34% souhaiteraient des rapports plus fréquents et en particulier les plus de 50 ans 37%.
Les femmes n'hésitent pas à exprimer clairement leurs préférences sexuelles à leur partenaire. A la majorité 51% elles déclarent le dire souvent, et seules 10% restent silencieuses sur le sujet. Elles prennent aussi les devants quand elles ont envie de faire l'amour 32% souvent, 17% ne le font jamais. Et elles s'estiment exigeantes quant à la manière dont leur partenaire fait l'amour (34% souvent, 44% parfois).
A une très large majorité (65%), les femmes déclarent que la pénétration est importante mais pas indispensable. Les femmes de 35 à 40 ans sont les plus nombreuses à le dire (77%), devant les moins de 35 ans (62%) et les plus de 50 ans (59%).
Cependant face aux pannes sexuelles, elles se montrent compréhensives.
Le plus pénible pour elles (47%) est l'attitude de l'homme, qui se retire, s'énerve ou culpabilise. (55%) ne dramatisent pas, 48% l'attribue, à l'âge, à la fatigue, au stress. Et seulement 9% craignent que la panne soit la manifestation d'un problème conjugal.
Et si en 2001, 58% n'en parlaient à personne en 2005, elles sont 15%.
Que pensent elles des traitements ? Pour les trois quarts des femmes, traiter les pannes sexuelles redonnerait à leur couple l'envie de faire l'amour plus souvent. Elles communiqueraient mieux et plus facilement sur le sujet, tout en pensant que pour elles les préliminaires seraient plus agréables. Elles considèrent que l'homme doit s'approprier le traitement sans les tenir informer dans les détails ainsi 39% d'entre elles ne voudraient pas savoir quand leur partenaire prend son traitement.
En résumé ces déclarations vont à l'encontre de nombreuses idées reçues et démontrent la souffrance des femmes,quelque soit leurs âges, confrontées aux pannes. Ni résignées, ni

soumises, ni harpies elles montrent une maturité nouvelle. Ainsi le traitement des troubles de l'érection apparaît comme normal à une grande majorité de femmes, du moment que l'homme s'assume, reste discret pour protéger la magie de la relation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1/ FISHER WA et Al Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: the female experience of men's attitudes to life events and sexuality (FEMALES) study. J Sex Med. 2005 Sep;2(5):675-84

2/ CHEVRET M et Al Impact of erectile dysfunction (ED) on sexual life of female partners: assessment with the Index of Sexual Life (ISL) questionnaire. J Sex Marital Therapy 2004 May-Jun;30(3):157-72

SYMPOSIUM PFIZER

QUEL COUPLE POUR LES FEMMES AUJOURD'HUI ?

Philippe BRENOT

Psychiatre et anthropologue
Directeur d'Enseignement en Sexologie à l'Univesité Paris 5
Président de l'observatoire international du couple

L'évolution a été très rapide, ces dernières décennies, en ce qui concerne le couple, sa nature, ses relations avec la famille, les enfants, l'environnement, sa dynamique propre, son intimité, sa sexualité, son éroticité... Et c'est dans cette évolution que tentent aujourd'hui de se situer les hommes et les femmes qui, eux aussi, ont évolué selon un rythme qui leur est propre. Pour comprendre le couple aujourd'hui, trois rappels sont nécessaires :

1 - **Le couple n'a aujourd'hui que 35 ans,** dans l'acception que nous donnons aujourd'hui à ce terme. Le couple (unité autonome minimale de la société), avec ses corollaires contemporains que sont l'amour et le sexe, est apparu en occident dans années 1970 en prenant progressivement son autonomie des ascendants (famille) et des descendants (enfants). Durant cette même période, l'évolution des moeurs et la libération de la parole sur le sexe ont considérablement modifié les attentes de l'un et l'autre sexe. Enfin, le façonnage médiatique des représentations sexuelles est un facteur supplémentaire de contrainte qui oblige chaque sujet à se confronter à l'idéal fantasmé du couple amoureux passionnel de longue durée.

2 - **L'évolution des femmes a été particulièrement spectaculaire** dans les suites de la révolution féministe, de l'accès à une identité propre, à une sexualité autonome et à une parité, sinon une égalité, avec leurs compagnons, les hommes. Cette rapide évolution amène aujourd'hui la naissance, toutes les décennies, d'une génération féminine propre, avec ses attentes identitaires bien distinctes. Ces attentes concernent la vie matérielle, la répartition des tâches dans le couple, le partage des responsabilités, la fidelité, la dimension amoureuse, la complicité et l'érotisme... Il faut en outre mentionner une part non négligeable de femmes qui semblent avoir conservé la position de soumission du couple traditionnel.

3 - **Les hommes ont évolué, dans une moindre mesure,** et pas dans les mêmes termes. Une part non négligeable semble ne pas avoir abandonné la position dominante que lui conférait le couple traditionnel. D'autres sont en recherche de repères, et souvent dans une position d'acceptation ou de soumission à leur compagne par une sorte d'inversion des rôles, en général peu acceptée des femmes. L'attente féminine, largement répandue d'un homme fort et tendre est rarement réalisée.

- **Quel couple pour les femmes aujourd'hui ?**

On peut décrire deux types de couples vécus par chaque femme contemporaine :

1 - le couple attendu (plus ou moins fantasmé, plus ou moins réel) rarement réalisé en raison des fréquents malentendus homme-femme ;
2 - le couple effectif, tentative d'ajustement des positions masculines et féminines avec ses résidus de violence ordinaire, ses relents de domination, son érotisme latent. Le bien-être ou le malaise correspond souvent à la distance qui sépare le couple attendu et le couple effectif.

MOTS CLÉS :
Couple - femme - évolution - érotisme

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :
- Brenot Ph., *Inventer le couple,* Paris, Odile Jacob, 2001
- Neuburger R., *Nouveaux couples,* Paris, Odile Jacob, 1997

CONTROVERSES

HORMONES STÉROÏDES ET SEXUALITÉ DE LA FEMME

Discutants : H. Lejeune - P. Blachère

Peux-t-on proposer des traitements hormonaux chez la femme ménopausée qui se plaint de troubles sexuels ?

Pour ou contre la testostérone dans les DSF ?

Pour : *P. Lopes*

Contre : *P. Mares*

FAUT-IL UTILISER LES ANDROGÈNES POUR TRAITER L'INSUFFISANCE SEXUELLE CHEZ LA FEMME ?

Patrice LOPES

PU-PH Gynécologie
Responsable du DIU de sexologie de Nantes et des facultés associées
(Angers, Brest, Caen, Poitiers, Rennes, Tours!

Après 50 ans, le traitement hormonal de la ménopause (THM) n'est habituellement substitutif que pour le traitement estro-progestatif. En effet, l'insuffisance estrogénique est responsable des symptômes climatériques, d'une augmentation du risque d'ostéoporose et de fractures, et probablement d'une augmentation du risque cardio vasculaire. La supplémentation en progestérone ou progestatif est rendue nécessaire pour la prévention du risque de cancer de l'endomètre qui serait induit par l'administration des estrogènes seuls. Compte tenu des publications depuis 2002 Le THM, s'il est prescrit doit nécessairement faire établir pour la personne, la balance bénéfices/risques.

Qu'en est-il des androgènes ?
Bien que le taux des androgènes diminue chez la femme avec l'âge, bien que certaines insuffisances du désir ou du plaisir fassent évoquer un déficit en androgènes, le traitement substitutif par les androgènes chez la femme ménopausée fait toujours l'objet de débats.
Plusieurs raisons à cela :
- L'hormonologie est connue, mais la difficulté des dosages et la confusion concernant les taux d'androgènes libres ou biodisponibles avec les dosages totaux rendent difficiles l'interprétation et l'établissement de seuil. Contrairement au taux d'estradiol, Il n'y a pas de chute brutale des androgènes au moment de la ménopause, mais les taux de testostérone sont chez les femmes ménopausées de 30% inférieurs aux taux de la pré-ménopause.
- Certains promoteurs des traitements androgéniques ont trop mis l'accent sur l'intérêt de la substitution androgénique dans les troubles sexuels en négligeant les autres intérêts des androgènes et surtout les risques.
- Les effets secondaires (pilosité, hirsutisme, raucité de la voix) existent mais, ils ont été exagérés car les posologies utilisées initialement étaient trop fortes et les traitements prolongés.

Plus récemment, des études randomisées ont souligné le nouvel intérêt pour ces traitements. L'apparition de nouvelles molécules : la DHEA, les stéroides à activité Sélective comme la Tibolone et la mise à disposition de voies d'administration des androgènes comme la voie per-cutanée et les patchs permettent de rediscuter l'intérêt de la substitution androgénique. Il faut cependant savoir que la FDA a refusé récemment (Début 2005) la commercialisation d'un patch de testostérone.

Le traitement androgénique serait indiqué dans les insuffisances androgéniques de la femme. Mais, le diagnostic est rarement évoqué et encore plus rarement confirmé.

Dans ces circonstances, il faut agir avec méthode
1/ Evoquer le diagnostic du syndrome d'insuffisance androgénique (SIA) devant des signes sexuels, cutanés, généraux et une altération de la qualité de vie.
2/ Etablir un diagnostic fondé sur certains dosages hormonaux.

3/ Proposer un test thérapeutique.
La question n'est pas de substituer systématiquement les femmes ménopausées en androgènes mais d'évaluer la balance risque-bénéfice pour chaque femme.
Si la décision de substitution est envisagée, la thérapeutique n'est pas simple car plusieurs questions restent posées : quelles sont les molécules, les posologies et les voies d'administration à utiliser ?
Oui, l'emploi des androgènes peut trouver une justification mais pour des patientes particulièrement bien sélectionnées et avec la prudence du thérapeute en proie au doute.

CONTROVERSES : HORMONES STÉROÏDES ET SEXUALITÉ DE LA FEMME

LES ANDROGÈNES ONT-ILS UNE PLACE ?

Pr Pierre MARES

PU-PH Gynécologie Obstétrique - CHU Nîmes

L'étude de la sexualité est toujours difficile car elle évalue différentes composantes :
- la fréquence des rapports,
- la satisfaction…

L'étude prospective danoise sur 474 femmes montre qu'à 51 ans il n'y a pas de différence du désir sexuel pour 70 % des femmes interrogées (1).
Ce résultat se retrouve dans des études anglo-saxones australiennes.

En fait les difficultés sexuelles sont retrouvées chez les femmes avec :
- des difficultés existant avant la ménopause,
- des troubles récents qui viennent perturber la sexualité : sécheresse vaginale, incontinence anale, perturbation de l'image corporelle…
- une absence d'adaptation à des modifications corporelles ;

mais aussi et souvent :
- des troubles masculins (dysérection), le plus souvent non pris en charge…

Des études sur la sexualité évaluant l'effet du traitement oestro-progestatif sur les troubles trophiques et climatériques confirment une amélioration globale sur la qualité de vie et la sexualité… par correction de secteurs associés :
- diminution de la fatiqabilité avec la disparition des bouffées de chaleur,
- meilleure sensation globale au niveau physique et diminution de la sécheresse vaginale.

Quand la dyspareunie disparaît, les rapports sexuels n'induisant plus de douleurs pelvi-périnéales redeviennent possibles !
Il faut souligner que la plupart de ses dyspareunies sont souvent non exprimées (2).
Les androgènes n'ont pas d'autorisation en France. On connaît mal le dosage efficace surtout la réponse individuelle qui se remarque le plus souvent par des complications à type de raucité de la voie, pilosité, agressivité…

Les modifications de la sexualité, pour la plupart des femmes, sont plus liées :
- au concept qu'elles se font de la ménopause avant d'y être arrivée,
- au concept lié à sexualité et fertilité,
- au concept normatif de la sexualité, défini en nombre de rapports, niveau d'orgasme…

Il apparaît, dans la plupart des études, que la prévention des dysfonctions sexuelles, après la ménopause, relève d'une prise en charge globale et de traitements spécifiques sans lien direct avec le déficit androgénique :
- appropriation du corps en évolution : sport, alimentation, culture… (3)
- utilisation d'un savoir faire corporel : éducation de la sangle pelvi-périnéale…
- traitement des troubles oestrogénodépendants,
- traitement des pathologies masculines, quand c'est nécessaire.

Il apparaît donc que la plupart des troubles de la sexualité survenant en post-ménopause peuvent être facilement pris en charge sans faire appel au traitement androgénique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1 – KOSTER 1991, Helath care for women international

2 – BERLIER S. – revue du praticien 2004

3 – Judith R. GERBER and al - Fertil. Steril. 2005

4 – Rapport KINSEY (1948-1953)
- Kinsey, A. C. ; Pomeroy, W. B. ; Martin, C. E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia : Saunders.
- Kinsey, A. C. ; Pomeroy, W. B. ; Martin, C. E. ; Gebhard, P. H. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia : Saunders.

LECTURE

ETHOLOGIE DE L'INCESTE

B. Cyrulnik

Présentée par JM. Sztalryd

LECTURE

ETHOLOGIE DE L'INCESTE

Boris CYRULNIK

Psychiatre

La littérature sur l'inceste est énorme mais puisque les expérimentations sont impossibles, le recueil de données dans différents domaines peut les remplacer.
L'éthologie de l'inceste rend observable que les actes sexuels sont rares entre figures d'attachement, en milieu naturel. Comme si la familiarité, imprégnée dans la mémoire biologique rendait le passage à l'acte difficile.
Dans la trop grande étrangeté la peur, plus forte que la pulsion empêche l'acte. Il y aurait donc une distance émotionnelle qui, chez les animaux, laisse se dérouler la pulsion vers son objet : c'est le verrou affectif.
Chez l'être humain, cette dimension émotionnelle existe. Mais ce qui caractérise la condition humaine c'est la verbalité qui définit l'objet interdit et dit que c'est un crime majeur, structurant ainsi les règles sociales : c'est le verrou verbal.
Les passages à l'acte, très rares, semblent plus fortement inhibés par le verrou affectif que par le verrou de la représentation verbale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

CYRULNICK, Boris ; HERITIER, Francoise ; NAOURI, Aldo? *De l'inceste*. Paris : éd. Odile Jacob, 1994, 219 p.

CYRULNICK, Boris. *Ces enfants qui tiennent le coup.* Hommes et perspectives, 06/2002

DÉBAT

UN CONCEPT POUR LE FUTUR ?
MALADIE ENDOTHÉLIALE ET PERSONNALITÉ :
UNE ASSOCIATION NON FORTUITE

Discutants : R. Porto - A. Faix

Orateurs : F. Paganelli - S. Consoli

DÉBAT

MALADIE ENDOTHÉLIALE, RISQUE CARDIOVASCULAIRE, DYSFONCTION ÉRECTILE ET PEUT-ÊTRE ASSOCIATION À UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ

Franck PAGANELLI

PU-PH Cardiologie

La dysfonction érectile autrefois appelée impuissance a été décrite dès les premières années du XX^{ème} siècle. C'est Freud puis Kinsey qui les premiers s'intéressèrent à ce concept en les rapportant à des troubles du conflit psychique. Or la prévalence de la dysfonction érectile (DE) chez les hommes au- delà de 55 est extrêmement importante (>50%) et s'élève de façon parallèle à la prévalence de l'athérosclérose. Ainsi la DE pourrait être considérée comme un véritable symptôme révélateur d'une atteinte cardio-vasculaire silencieuse. Cette hypothèse est basée sur des études épidémiologiques et un mécanisme physiopathologique décrit sous le terme de dysfonction endothéliale.

LE MÉCANISME PHYSIOPATHOLOGIQUE : LA DYSFONCTION ENDOTHÉLIALE.

Les facteurs de risque cardio-vasculaire classique (âge et sexe, HTA, dislipidémie, tabagisme, antécédents familiaux de coronaropathie) sont à l'origine d' un stress oxydatif au niveau cellulaire, principale porte d'entrée dans l'athérosclérose. Ainsi, la perte des principales propriétés de l'endothélium permettrait une altération des flux sanguins, épaississement de la paroi, diminution du diamètre luminale aboutissant à une athérosclérose cardio-vasculaire (cardiopathie ischémique, artériopathie des membres inférieurs, accidents vasculaire cérébraux) amis aussi à une perte des flux dans le système caverneux (artère de petits calibre) responsable de la dysfonction érectile. Cette théorie a été renforcée par le fait que de nombreux traitements médicamenteux (favorisant et/ou restaurant la fonction endothéliale) semblaient efficaces sur la DE.

LES ENQUÊTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES :

Il est très difficile d'effectuer des enquêtes épidémiologiques sur cette pathologie. Aussi, Thompson IM et al ont utilisé les résultats d'un essai multicentrique sur le Prostate Cancer Prevention Trial (1). En effet, il existait un groupe placebo avec une évaluation de la fonction érectile. L'interprétation de cette étude observationnelle est extrêmement importante en terme de santé publique puisqu'il apparaît que la DE est un indicateur du risque vasculaire. La valeur prédictive est sensiblement égale au tabagisme, l'HTA et la dislipidémie. La courbe fréquence événement montre que le délai moyen entre le premier signe de DE et le développement de la maladie cardio-vasculaire est long. L'événement n'arrivera que dans 2% de la population à la première année et dans 10% à 5 ans.

Cette théorie ne peut être affirmée par une seule étude surtout que d'autres résultats ne concordent pas avec cette étude (2).

Ainsi la DE comme d'autres maladies évolue avec le temps : de physiopathologique, elle est devenue organique pour finir certainement multifactorielle. Les discussions ne font que commencer.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1) Thompson IM et coll. Erectile disfunction and subsequent cardiovascular disease. JAMA 2005;294:2996-3002

2) Arajuo AA et coll. Erectile dysfunction as a predictor of cardiovascular disease in aging men : prospective results from the Massachusettts Male Aging Study. The Aging Male 2006, 9:61.

DÉBAT

MALADIE ENDOTHÉLIALE, RISQUE CARDIOVASCULAIRE, DYSFONCTION ÉRECTILE ET PERSONNALITÉ

Silla M. CONSOLI

PU-PH Psychiatrie
Service de Psychologie Clinique et Psychiatrie de Liaison
Hôpital Européen Georges Pompidou

S'il est bien établi de nos jours que la dysfonction érectile (DE) peut être l'une des multiples conséquences de la dysfonction endothéliale, notamment dans le cadre de la maladie athéroscléreuse ou des micro-angiopathies, voire même servir de révélateur d'une atteinte coronarienne passée jusque là inaperçue, une très abondante littérature scientifique a été consacrée au cours des dernières décennies, dans l'esprit du questionnement psycho-somatique, à la contribution de facteurs psychosociaux au risque cardiovasculaire, aussi bien en amont d'événements majeurs, comme l'infarctus du myocarde, qu'en aval de ces derniers. Curieusement, la recherche clinique a été plus discrète quant au repérage de déterminants psychosociaux communs à la DE et au risque cardiovasculaire ou à l'analyse des médiateurs psychosociaux rendant compte des interactions bidirectionnelles entre DE et risque cardiovasculaire, en dehors de variables assez peu spécifiques, comme l'humeur dépressive ou le stress perçu.

Parmi les facteurs psychosociaux associés au risque cardiovasculaire, une place importante doit être faite à des caractéristiques relativement stables de la personnalité, telles que le profil comportemental de type A, associant sentiment d'urgence du temps et esprit de compétition, le profil de type D, combinant affectivité négative et inhibition de la communication des émotions dans les interactions sociales, ou encore un sentiment permanent d'insécurité interne, la quête inlassable d'une reconnaissance sociale, ou une position de confiance désabusée à l'égard des valeurs de solidarité et de respect réciproque (notion de « méfiance cynique »). Ces caractéristiques poussent un certain nombre d'individus à privilégier un style de vie basé sur la performance personnelle et l'investissement compulsif des situations de défi, maintenant leur esprit et leur corps dans une attitude défensive et une ambiance de stress soutenu. La fragilité narcissique sous-jacente à une telle recherche d'un équilibre, toujours instable, ne demande parfois qu'à faire brutalement surface, à l'occasion d'un accident de santé, ou tout simplement des contraintes d'hygiène de vie imposées par le corps médical dans une optique préventive, car de tels changements de cap vont venir entraver des habitudes comportementales élaborées progressivement par l'individu comme des « solutions anti-stress ».

L'impact de ces changements existentiels sur l'estime de soi, l'image du corps, la perception de la virilité, mérite d'être pris en considération et d'être intégré dans les choix thérapeutiques face à une DE, parallèlement à des raisonnements plus traditionnels, tels que le dépistage d'une dépression ou d'une anxiété de performance liée à la poursuite d'une activité sexuelle sur un cœur désormais défaillant.

MOTS-CLÉS :
Dysfonction érectile ; risque cardiovasculaire ; personnalité de type A ; personnalité de type D ; vulnérabilité narcissique

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Consoli S.M. Anxiété et Insuffisance Coronaire. Editions Printel, diffusé par les Laboratoires Novartis, Rueil-Malmaison, 1999, 128 pages

- Consoli SM. L'insuffisance coronarienne : facteurs de vulnérabilité et facteurs protecteurs. In : Personnalité et maladies - stress, coping et ajustement. Sous la direction de M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard. Dunod, 2001, pp 47-74

- Denollet J, Sys SU, Stroobant N, Rombouts H, Gillebert TC, Brutsaert DL. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. Lancet 1996 ; 347 : 417-21.

- Haynes SG, Feinleib M. Type A behavior and the incidence of coronary heart disease in the Framingham Heart Study. Adv Cardiol. 1982 ; 29 : 85-94

DÉBAT PIERRE FABRE

TESTOSTÉRONE ET VIEILLISSEMENT : MODE D'EMPLOI

Discutants : J. Rollet - A. Corman

Orateurs : M. Pujos-Gautraud - J-P. Raynaud

DÉBAT PIERRE FABRE

TESTOSTÉRONE ET VIEILLISSEMENT : MODE D'EMPLOI

Jean-Pierre RAYNAUD

Professeur des Universités, Pharmacologie, Endocrinologie

Michèle PUJOS-GAUTRAUD

Médecin Sexologue

PRÉVALENCE DE L'HYPOGONADISME

Contrairement à la femme, le déclin hormonal ne se fait pas brutalement chez l'homme: une baisse moyenne de la testostérone de 1 à 2 % par an est observée, mais certains hommes conservent des taux proches de la normale de l'homme jeune. Il a été montré une prévalence importante de l'hypogonadisme chez les hommes présentant un syndrome métabolique, un diabète de type II, une dysfonction érectile, un cancer de la prostate, la maladie d'Alzheimer, mais aussi ceux traités par opiacés ou trithérapie.
Une étude récente, réalisée sur 541 hommes « normaux » de 20 à 75 ans, actualise les normes physiologiques des hormones sexuelles et évalue la prévalence en fonction de l'âge.

DIAGNOSTIC DE L'HYPOGONADISME

Un diagnostic suffisamment précoce afin de prévenir les conséquences de l'hypogonadisme nécessite une enquête clinique très détaillée. Ses signes sont souvent confondus avec ceux du vieillissement: asthénie, fatigabilité, troubles du sommeil et sueurs nocturnes, troubles psychologiques et de l'humeur, modification de la masse et force musculaire, augmentation de la graisse viscérale, diminution de la pilosité, troubles sexuels et, plus tardivement, risque de fractures dues à l'ostéoporose.
La clinique ne suffit pas à établir le diagnostic, il faut doser les hormones pour établir le trouble et son origine.

EXPLORATION DE L'HYPOGONADISME

La testostérone est principalement produite par les testicules et agit avec ses métabolites (DHT et estradiol) sur les organes cibles, donnant les caractères sexuels secondaires spécifiquement masculins (organes génitaux, pilosité, muscles, voix, répartition androïdes des graisses…) mais aussi sur les vaisseaux, la prostate, la peau et les os.
La testostérone se répartie dans le sang en plusieurs fractions: une fraction est fortement liée à la SHBG, une fraction est faiblement liée à l'albumine et 1 à 2% circule sous forme libre. La testostérone biodisponible, testostérone libre et liée à l'albumine, est considérée comme la forme active de la testostérone car seule la forme libre peut pénétrer dans les cellules cibles.
Outre un bilan sanguin standard de dépistage (les hommes consultent rarement en préventif), il faut demander un dosage de la testostéronémie totale et biodisponible (le dosage de la testostérone libre ne présente pas d'intérêt car très délicat et l'approche par le calcul à partir de la formule de Vermeulen, s'avère erronée).
Si le taux de testostérone totale est > 3,5 ng/mL et la testostérone biodisponible est > 1 ng/mL, il n'y a pas lieu d'envisager un traitement.
Dans les autres cas, pour tenir compte des variations de la testostéronémie, un second dosage est nécessaire auquel on ajoutera LH (pour déterminer l'origine centrale ou périphérique du trouble), la prolactine (afin d'éliminer une éventuelle origine centrale) et le taux de PSA afin de s'assurer de l'absence de tumeur prostatique.

TRAITEMENT ANDROGÉNIQUE DE L'HYPOGONADISME

Nous disposons de plusieurs types de traitements: voie intramusculaire, orale et transdermique. La mise en place du traitement se fera en expliquant ces différentes formes au patient afin d'obtenir son adhésion et meilleure compliance.
Des études comparatives des différents traitements seront présentées et leurs risques et bénéfices, discutés.
Il convient d'évaluer les signes cliniques d'imprégnation androgénique et de doser le taux de testostérone et l'hématocrite en début de traitement puis ajuster la dose et suivre le PSA, la première année tous les 3 mois puis tous les ans.

CONCLUSION

Le vieillissement de la population nous force à reconnaître que vieillir en forme n'est plus un mythe mais doit devenir une réalité, car l'arsenal thérapeutique dont nous disposons peut corriger les effets délétères du vieillissement.

MOTS CLÉS :

Hommes, vieillissement, hypogonadisme, dosages, traitements

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1 Rossi D, Tostain J. Déficit androgénique lié à l'âge et vieillissement masculin Progrès en Urologie 2004 ;14 : 627-868

2 Vermeulen A, Kaufman J-M. The Aging Male 2002; 5:170-6

3 Giton F, Fiet J, Guéchot J, Ibrahim F, Bronsard F, Chopin D, Raynaud J-P. Clinical Chemistry 2006 ; 52 :474-81

DÉBAT

ENTRE PSYCHIATRIE ET SEXOLOGIE : QUE SONT LES NÉVROSES DEVENUES ? EST-ON ENCORE "PERVERS" ?

Discutant : W. Pasini

Orateurs : R. Gellman - Coutanceau

DÉBAT

ENTRE PSYCHIATRIE ET SEXUALITÉ : QUE SONT LES NÉVROSES DEVENUES ?

Docteur Robert GELLMAN

Psychiatre des Hôpitaux
Directeur d'Enseignement au D.I.U de Sexologie de Paris V - Necker

Les névroses ont durant le 20ème siècle occupé tout le champ couvert par la psychanalyse.
Elles ont cependant disparu du DSM IV …
Les névroses constituent une entité discrète et pudique. Lorsqu'on s'en préoccupe inconsidérément, elles disparaissent ou plutôt soit se camouflent sous forme de passage à l'acte agressif ou de fuite, soit transparaissent sous forme de symptômes dans la chambre à coucher : éjaculation prématurée, dysfonction érectile, dyspareunie, anhédonie, …
J. Abdoucheli [(1) p.93] écrivait déjà en 1979 « *le symptôme sexuel, c'est plus directement encore que les autres, non pas l'expression ni la traduction, mais la* ***personnalité elle-même*** *».*
Ainsi, pour nous,les névroses n'ont pas disparu, elles se sont camouflées et ont changé de nom afin de passes inaperçues.

Est-on encore pervers ?

Là encore, le terme « perversion » a disparu, remplacé par celui de « paraphilie ».
Suffit-il de changer de nom pour devenir fréquentable ?
À travers quelques courtes observations cliniques que nous avons publiées, nous tenterons de comprendre la réalité des problèmes posés par certaines paraphilies.
Le fétichisme (2) est-il une perversion ? La société se désintéresse complètement de cette pratique, la partenaire s'en accommode facilement et le parient y trouve une certaine facilité qu'il apprécie…
En ce qui concerne la pédophilie, le chroniqueur du « Monde » (5) écrit ainsi dans son article du 31 janvier 2006 « *On s'intéresse à la pédophilie à partir des années 1990. On ne parlait guère de pédophilie jusque-là. Le terme même était inusité, on l'évitait, on parlait de "ballets rose" avec des mines entendues et stupides. Et brutalement, la pédophilie s'invitait massivement dans les médias. Plus une semaine sans son affaire de pédophilie. Comme si les Français s'avouaient enfin pervers et désaxés, clones lointains de Gilles de Rais ».*
Nous discuterons de ce problème gravissime aux travers de la confession douloureuse d'un patient pédophile (3).
L'article le plus récent concernant les paraphilies est celui du Professeur Granger (4) qui rappelle les classifications principales des perversions sexuelles et les caractéristiques associées.
Nous souhaitons un débat inter-actif entre les intervenants et les participants à ce symposium.
Pour les patients, nous verrons l'aide que peut leur apporter une psychothérapie ;
En ce qui concerne leur couple, le partenaire étant très souvent surpris par la prise de conscience des problèmes ; une prise en charge du couple s'avère adaptée.
Par rapport à la société qui évolue de façon très rapide et parfois inattendue vis-à-vis des problèmes des paraphilies. Le sexologue devra s'impliquer dans les évolutions de la société afin d'être en phase avec son époque.

MOTS CLÉS :
Paraphilie- névrose – psychothérapie –couple – société

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- J. ABDOUCHELI – *Psychothérapie analytique et sexologie* in Actualités sexologiques (1ère série) de J. Kahn Nathan et R Gellman Thérapeutiques en Sexologie 2ème edition – Éditions EFS – PARIS
- R. GELLMAN et Cl. GELLMAN-BARROUX – *Contribution à l'étude du fétichisme* in Actualités sexologiques (2ème série) (p. 49) – Éd. Masson – PARIS

- R. GELLMAN et Cl. GELLMAN-BARROUX – *Abord clinique de la pédophilie* in Actualités sexologiques (2ème série) (p. 66-67) – Éd. Masson – PARIS

- B. GRANGER – *Les paraphilies* in Manuel de Sexologie à l'usage des étudiants – Tome II - Approfondissement clinique - (p. 169-178) – Édition EFS – PARIS – 2004

- Laurent GREILSAMER – *« Le retour des classes dangereuses* – Le Monde – 31 janvier 2006.

DÉBAT

ENTRE PSYCHIATRIE ET SEXUALITÉ : QUE SONT LES NÉVROSES DEVENUES ?

Roland COUTANCEAU

Psychiatre des Hôpitaux
Expert près les Tribunaux

La perversion est un concept surdéterminé, portant donc le risque d'une certaine confusion.
De fait, on peut évoquer le choix d'objet pervers, le fantasme pervers, la relation perverse, le narcissisme pervers, ou encore les mécanismes dit pervers.
Une relecture de ces sous-concepts au regard du vécu de l'altérité souligne la pertinence de situer le cœur de la question autour d'un tryptique :
- égocentrisme, tentation de l'emprise et déni d'altérité.

Plusieurs regards permettent de se dégager de la théorisation par trop asphyxiante de structure perverse.
Plaidoyer pour une réalité clinique plus banale : l'actualisation d'un moment pervers (aménagement pervers, tendance perverse, agi pervers)
Constatation d'une problématique névrotique sous jacente à l'agi pervers.
Leurre du triomphe pervers, fut-il jouissance, cette "forme" érotique de la haine.
Théorisation d'un indice de névrotisation, et d'un indice de perversion dans l'évaluation de tout fonctionnement psychique.
Ou encore comment l'écoute de sujets névrotiques sur le divan d'une part et de sujets immaturo-pervers dans l'obligation de soins de la pratique médico-légale d'autre part permet d'objectiver des différences mais aussi des ressemblances.
La perversion, comme négatif de la névrose (ou l'inverse) ou tous névrotico-pervers.
Face à la quête de l'objet du désir, dans une situation d'emprise de demande, le sujet navigue souvent entre inhibition névrotique et tentation perverse vers la maturation difficile supposant risque, lucidité, capacité de travail de deuil, face à l'absolue liberté de l'autre.

MOTS CLÉS :
Perversion - Egocentrisme - Emprise - Déni d'altérité - Névrotico-pervers.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- COUTANCEAU R : Agis Sexuels Pervers : Emprise et déni d'altérité. Evolution psychiatrique 1996 p113-124.

- DOREY R : La relation d'emprise in. Le désir de savoir Paris-Denoël 1987 p121-148.

- GREEN A : Pourquoi le mal in. La folie privée, psychanalyse des cas limites. Paris Gallimard 1990 p 383

- STOLLER R. J : La perversion, forme érotique de la haine. Paris Payot 1978

SYMPOSIUM

MULTIPLES VISAGES DE L'ÉJACULATION PRÉMATURÉE

Président : D. Rossi
Modérateur : C. Gellman-Barroux

Actualités épidémiologiques
P. Costa

Un point sur la physiologie
O. Rampim

Aspects psychologiques
R. Porto

La femme de l'éjaculateur rapide
F. Collier

SYMPOSIUM

ACTUALITÉS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Pierre COSTA

PU-PH Urologue Andrologue
Responsable du DIU de Sexologie de Montpellier

Il n'est pas très facile en 2006 de définir l'éjaculation prématurée (EP) ou rapide. Plusieurs définitions de l'EP sont en effet actuellement utilisées en clinique : DSM-IV, ICD-10, AUA-guidelines, 2nd International Consultation. Elles insistent toutefois toutes sur 3 éléments : la brièveté du délai pour éjaculer, l'absence ou la pauvreté du contrôle exercée par le patient sur son éjaculation et la souffrance psychologique ressentie par le patient et/ou sa partenaire. Il n'est pas plus facile d'en définir la prévalence. Les études classiques étaient assez discordantes avec une prévalence de l'EP allant de 9% (Fugl-Meyer 1999) à 42% (Frank 1976). Les études actuelles semblent plus consensuelles (Rosen 2004 - Laumann 2005) avec une prévalence de l'EP de l'ordre de 25 à 30%. Fait remarquable et bien différent de l'insuffisance érectile, ces études précisent que cette prévalence est stable avec l'âge ce qui en fait la dysfonction sexuelle la plus fréquente de l'homme. Cette prévalence semble peu différente en Amérique du Nord et en Europe avec quelques différences, peut-être plus culturelles que réelles, dans certaines régions d'Asie. Quelques auteurs ont essayés de définir l'EP par le temps écoulé après pénétration ou délai pour éjaculer (DPE). La majorité des hommes se signalant comme souffrant d'EP semble avoir un DPE inférieur à 2 mn (Waldinger 1998 – Rowland 2000) alors que les hommes « dotés d'une éjaculation normale » rapportent des DPE allant de 6,9 à 13,9 mn (Multi country concept evaluation and assessment of PE incidence study, 2002- non encore publiée). L'étude la plus récente (Patrick 2005), appuyée sur une mesure objective du DPE à l'aide d'un chronomètre semble confirmer ces notions avec un DPE moyen de 3.00 mn (médiane : 1.8mn) dans les couples avec EP alors que chez les couples sans EP, le DPE moyen est de 9.15mn (médiane : 7.3mn). Mais, de façons très intéressante et ouvrant la porte à bien des réflexions futures, la distribution des populations se recoupe de façon non négligeable et les extrêmes sont voisins : 0 à 41mn avec EP et 0 à 53mn sans EP. D'autres questions méritent aussi notre attention : que penser des co-morbidités retrouvées chez les patients soufrant d'EP : coïncidence ou facteurs aggravants ? Quid des relations avec l'insuffisance érectile : conséquence ou association ? Pourrait-on mieux définir les différents types d'EP : primaire, ou secondaire, permanente ou occasionnelle, légère ou sévère ? Et bien sûr, qu'en est-il du rôle de la partenaire et quelle part donner au biologique et au psychologique ?

MOTS CLÉS :
Ejaculation prématurée, définition, épidémiologie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Rosen RC et al. The premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey: a multinational survey. J Sex Med 1 (supp 1): 2004, 57-58
- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, et al, Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors, Int J Impot Res 2005;17:39-57.
- Patrick DL, Althof S, Pryor J, et al. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. J Sex Med. 2005;2:358-367.

SYMPOSIUM

MULTIPLES VISAGES DE L'ÉJACULATION PRÉMATURÉE ; UN POINT SUR LA PHYSIOLOGIE

Olivier RAMPIN

Directeur de recherche INRA : Analyse et Modélisation en Imagerie Biologique

L'éjaculation fait appel aux fonctions motrices et sécrétrices de l'appareil génital mâle. Elle met en jeu à la périphérie des fibres musculaires lisses et striées, des cellules sécrétrices et endothéliales, et leur commande nerveuse. Cette dernière prend son origine dans différents segments de la moelle épinière. Sur ces segments convergent des informations périphériques (sensibilité génitale) et supra spinales.
Tant les informations périphériques que celles d'origine supra spinales peuvent exercer des influences excitatrices et inhibitrices sur les réseaux de neurones spinaux contrôlant l'éjaculation. Leur intégration par la moelle aboutit à une séquence ordonnée temporellement, comprenant l'émission (sous commande nerveuse autonome) et l'éjaculation (sous commande nerveuse autonome et somatique).
L'ensemble de l'arbre nerveux et les tissus périphériques sont régulés par des mécanismes endocrine, en particulier par les hormones stéroïdes sexuelles. Alors que l'on commence à mieux comprendre la mise en jeu des circuits nerveux périphérique de l'éjaculation, sa commande centrale demeure difficile à explorer. Si le canal déférent a représenté un modèle de choix pour étudier l'effet de nombreux neuromédiateurs périphériques sur le muscle lisse, on ignore aujourd'hui pourquoi autant de molécules actives sont utilisées pour contrôler l'activité des tissus périphériques, et comment elles interagissent entre elles. De plus, le rôle de l'innervation autonome dans la physiologie du testicule et de l'épididyme est mal compris, et demeure le parent pauvre de la recherche.
Pour ce qui concerne les centres nerveux spinaux et supra spinaux, les études pharmacologiques ont mis en évidence le rôle des amines (dopamine, sérotonine, adrénaline, noradrénaline) dans leur contrôle, ouvrant des pistes à de possibles traitements pharmacologiques des dysfonctions. Au sein des étages supra spinaux, l'hypothalamus, comprenant notamment le noyaux paraventriculaire et l'aire pré optique médiane, est une structure d'intérêt, puisqu'il semble à même d'organiser à la fois une séquence comportementale complète (comportement sexuel) et la motricité adaptée des organes génitaux (émission, érection, éjaculation). En revanche les neuromédiateurs impliqués dans ce réseau hypothalamique demeurent inconnus.

MOTS-CLÉS :
Ejaculation, moelle épinière, hypothalamus, sérotonine

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Rampin O et Giuliano F. Physiologie et pharmacologie de l'éjaculation. J Soc Biol 198, 2004, 231-236.
2. Pattij T, Olivier B, Waldinger MD. Animal models of ejaculatory behaviour. Curr Pharm Design 11, 2005, 4069-4077.
3. Motofei IG, Rowland DL. Neurophysiology of the ejaculatory process: developing perspectives. BJU Int 96, 2005, 1333-1338.

SYMPOSIUM

ÉJACULATION PRÉMATURÉE, ASPECTS PSYCHOLOGIQUES.

Robert PORTO

Psychiatre Sexologue
Directeur du DIU Marseille Montpellier
Président de l'EFS (European Fédération of Sexology)

Dysfonction sexuelle masculine la plus fréquente(environ 30% des hommes) l'éjaculation prématurée (EP) est *une des plus néfastes pour l'individu* (perte de confiance en soi, dévalorisation, altération de la qualité de vie supérieure à la DE)… et *une des plus dévastatrices pour le couple* (frustration féminine, jalousie, séparation). Ne relèvant pas d'une étiologie univoque, avec sa définition à limites floues, l'EP conserve un certain mystère.

THEORIES PSYCHODYNAMIQUES

Après la théorie narcissique de ***Karl Abraham*** (EP symptôme de conflits inconscients irrésolus,survalorisation pénienne et érotisation de l'urination)***, H. Kaplan*** a défendu le processus impliquant la haine des femmes provenant des relations précoces avec la mère et le fait de les frustrer et souiller à travers l'EP. Que ces théories n'aient jamais été vérifiées par des études contrôlées ne veut pas dire qu'elles soient fausses mais qu'on ne dispose pas des outils adéquats.

THEORIES DE L'APPRENTISSAGE

La théorie cognitivo comportementale de *Masters* relie l'EP à conditionnement par des expériences sexuelles précoces vécues dans la hâte et l'anxiété par risque d'être surpris.

Défaut d'apprentissage du contrôle éjaculatoire de *H. Kaplan*.

Cette théorie explique le non apprentissage du contrôle éjaculatoire par un **défaut de perception des sensations d'alerte éjaculatoire** par culpabilité née d'expériences précoces négatives.

Lors des premiers rapports la majorité des garçons acquièrent progressivement un certain contrôle du réflexe éjaculatoire, selon le même principe que l'apprentissage de la propreté chez l'enfant.

Les sujets EP n'ont pu y parvenir par suite d'une culpabilisation de la sexualité (réprimande de la masturbation,punition de la curiosité sexuelle) d'origine éducationnelle ou religieuse.

Waldinger avec sa **théorie neuro biologique dynamique** s'oppose aux précedentes expliquant l'EP primaire par une vulnérabilité constitutionnelle (endophénotype inscrit dans un continuum biologique)

Les recherches psychophysiologiques ont étendu notre compréhension de l'EP ,et remis en question les hypothèses étiologiques existantes comme l'illustrent les exemples suivants.

AUTRES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

ANXIETE :

C'est le facteur causal le plus cité mais aucune étude ne l'a confirmé sur des preuves *(Strassberg 1980)* n'a pas pu démontrer le lien et *(Cooper1984)* n'a trouvé aucune différence après béta bloquants à visée anxiolythique.

La possibilité que de hauts niveau d'anxiété empêchent les sujets EP de bien percevoir les sensations prodromales d'inévitabilité et ainsi de gérer leur contrôle éjaculatoire a été proposé par Kaplan ,mais le lien n'a pu être prouvé. Par contre l'anxiété résultante devant les conséquences de l'EP sur le couple peut constituer un facteur d'entretien.

HYPERSENSIBILITE PENIENNE
L'hypersensibilité tactile génitale de l'EP n'a pas été confirmée *(Rowland 2005).*
L'EP peut même survenir en cas d'hypo sensibilité pénienne (cas des sujets avec co morbidité EP+DE) *(Rowland 1997).* La sensibilité tactile pénienne ne joue donc pas un rôle majeur dans l'EP.
Cependant si on expose des hommes à une SSV: l'érection maximum des sujets EP augmente de 15à20% quand on lui associe une stimulation vibrotactile pénienne alors que celle ci est sans effet chez les non EP.

Mais les EP ne sont pas plus excitables que les autres par Stimulation Sexuelle Visuelle ni par stimulation psycho sexuelle*(Spiess 1984)* et ils ne seraient pas moins conscients de leur niveau d'excitation que les contrôles *(Strassberg1987*, *Rowland 2000)*

EXPERIENCES SEXUELLES PRECOCES :
L'hypothèse du conditionnement par expériences sexuelles précoces n'a pu être confirmée.

FREQUENCE COÏTALE
La fréquence coïtale des EP serait inférieure à celle des contrôles *(Spiess 1984).* Mais un autre chercheur (*Strassberg1987)* n'a pas réussi à démontrer le lien. Le mécanisme demeure donc indéterminé et l'imprécision de la forme clinique ne peut

Dans les EP d'apparition secondaire la rareté des rapports, le plus souvent d'origine psycho relationnelle, en exacerbant le désir pourrait logiquement accélérer l'obtention d'une excitation d'intensité accrue en même temps qu'elle compromet l'habituation aux hauts niveaux de plaisir, ce qui expliquerait une absence de contrôle et un déclenchement quasi instantané.

Le fait que la paroxétine multiplie par 6 la fréquence hebdomadaire coïtale de base, (contrairement au placebo), tendrait à prouver que c'est l'EP qui induit l'évitement des rapports, et non l'inverse.

FACTEUR RELATIONNEL/CONJUGAL
Particulièrement fréquents comme cause directe ou élément d'entretien dans les EP secondaires, ces facteurs regroupent les conflits relationnels, et les attitudes agressives négatives ou indifférentes de la partenaire.

EN RESUME
De nombreuses explications cognitivo-comportementales ont été proposées pour l'EP mais aucune ne recouvre l'ensemble du champ: hyper excitabilité, manque de conscience du niveau élevé d'excitation, absence de contrôle éjaculatoire, niveau d'anxiété élevé. L'EP éjaculerait rapidement parce qu'il atteint très vite des hauts niveaux d'excitation auxquels il n'est pas habitué, ce qui ne lui permet pas de prévoir l'éjaculation et l'empêche de la différer. Les échecs répétés génèrent de l'anxiété *(Bancroft 1989)* laquelle va induire une stimulation sympathique *(Brawman-Mintzer 1997)* qui va à son tour amorcer l'éjaculation

Le panorama étiologique de l'EP demeure complexe et ses implications thérapeutiques imprécises .Dans un but d'optimiser celles ci on ne considèrera plus l 'EP comme une entité amalgamant formes primaires et secondaires.
L'EP primaire ou EP maladie relèverait soit de problématique intra psychique profonde soit surtout d'un tempérament psychologique ou/et d'une constitution comportant une hypo ou hyper sensibilité de certains récepteurs serotoninergiques.
L'EP secondaire ou EP symptome traduirait surtout des difficutés relationnelles
Du fait de cette pluri causalité l'approche thérapeutique de l'EP bien que relativement efficace reste multimodale.

MOTS CLÉS :
Ejaculation prématurée, facteurs psychologiques, psychophysiologie

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bancroft J. Human sexuality and its problems. (1989) Churchill Livingstone. Edinburgh
- Brawman-Mintzer O, Lydiard RB. Biological basis of generalised anxiety disorder. J Clin Pychiatry (1997) 58:16-26.
- Fanciullacci F et al Cortical evoked potentials in subjects with true premature ejaculation. Andrologia (1988) 20:326-330
- Rowland DL. Psychophysiology of ejaculatory function and dysfunction. World J Urol (2005) 23:82-88.
- Rowland DL, Slob AK. Premature ejaculation : psychophysiological theory, research and treatment. Annu Rev Sex Res (1997) 8:224-253.
- Masters W., Johnson VE. Human sexual inadequacy. Little Brown: Boston 1970
- Spiess,W.F.et al :Premature ejaculation :investigation of factors in ejaculatory latency. J Abnorm Psychol,(1984) 93 :242.
- Strassberg D.S.,et al :The psychophysiological nature of early ejaculation. Arch Sex Behav,16 :327,1987
- Hong,L.K.:Survival of the fastest : On the origin of early ejaculation. J Sex Res, 20 :109,1984)
- Kaplan H.S.,How to overcome premature ejaculation. 118p,Brunner-Mazel NewYork. (1989)
- Waldinger M.D. et al/ Familial occurrence of primary premature ejaculation. Psychiatr. Genet (1998) 8 (1) : 37-40.

SYMPOSIUM

LA FEMME DE L'ÉJACULATEUR RAPIDE

Francis COLLIER

Praticien Hospitalier Gynécologie
Directeur d'enseignement du DIU de Sexologie de Lille

L'abord de la dysfonction sexuelle masculine la plus fréquente ne peut négliger que soit prise en considération un personnage clé, la femme.
Que celle-ci assiste ou non aux entretiens, son vécu, son opinion, ses aspirations ou ses réticences conditionnent de manière majeure l'approche diagnostique et la prise en charge thérapeutique.
Quelques études récentes ont permis de confirmer l'impression laissée aux sexologues par des années d'observation clinique. La très fréquente association des dysfonctions sexuelles y est confirmée, mais si les femmes des éjaculateurs précoces parviennent plus rarement à l'orgasme par la stimulation clitoridienne, c'est au moins en partie parce que les hommes ont une attitude qui ne leur permet pas d'y accéder.
En matière de contrôle de l'éjaculation, l'image que les femmes ont de leurs partenaires est bien meilleure que celle qu'ils ont eux-mêmes, et, pour elles, les problèmes sont moins fréquents qu'ils ne le pensent. Les uns et les autres ne se comprennent pas vraiment. Elles ne se rendent pas bien compte des soucis qu'ils se font vis à vis de l'éjaculation et des efforts qu'ils déploient pour la retarder, et ils ne perçoivent pas bien qu'elles essaient de les aider. Pour le moins, les hommes et les femmes ne partagent pas entièrement leurs pensées, leurs ressentis, leurs préoccupations et leurs souhaits à ce propos.
Cette incompréhension semble liée à une double ambivalence, celle de l'homme, qui ne peut gérer le trop plein d'émotion que lui procure le sexe et le plaisir de la femme mais ne rêve que de réussir à la faire jouir, et celle de la femme qui voudrait bien y arriver comme cela mais au fond, aspire à une sexualité plus globale et caressante.
Qu'elle le veuille ou non, la femme participe de fait à la dysfonction éjaculatoire et sa réaction est caractérisée par une infinie diversité.

Elle peut l'accepter ou la fuir, s'y résigner, la subir, en souffrir ou s'en satisfaire, en être à l'origine, participer à son maintien, voire à son aggravation, consciemment ou pas, délibérément ou pas, chercher à la réduire, adroitement ou pas, accepter d'agir pour faciliter sa résolution thérapeutique, ce qui nous arrange bien, ou au contraire saboter tout projet de traitement, ce qui nous met souvent dans une impasse.

Dans tous les cas, ce qui semble caractériser le plus ces femmes, c'est leur besoin de communiquer mieux avec leur partenaire, et si tant est qu'une approche thérapeutique soit possible, le succès de celle-ci semble passer beaucoup plus par les bénéfices globaux que le couple peut en tirer dans sa relation en général, que par l'amélioration de performances physiologiques.

MOTS CLÉS :
Ejaculation rapide, vécu féminin, facteurs relationnels

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Fugl-Meyer KS, Fugl-Meyer AR, Sexual disabilities are not singularities. Int J Impot Res 2002; 14 : 487-93

- Byers ES, Grenier G, Premature or rapid ejaculation : Heterosexual couples' perceptions of men's ejaculatory behavior. Arch of Sex Behavior, 2003, 32,3 : 261-70
- Hartmann U, Schedlowski M, Krüger THC, Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation : Differences between dysfunctional and functional men. World J of Urology, 2005, 23 (2) : 93-101
- Riley A, Riley E, Premature ejaculation : presentation and associations. An audit of patients attending asexual problems clinic. Int J Clin Pract, 2005, 59,12 : 1482-1487

SYMPOSIUM BAYER

LA MOTIVATION SEXUELLE

Président : N. Wrobel
Modérateur : M. Aubry

Pulsion et motivation
S. Hefez

Attraction sexuelle : de l'animal à l'homme
P. Picq

Image de soi et motivation sexuelle
M. Bonierbale

Motivations et attentes sexuelles masculines et féminines : accord et désaccord ?
F. Hedon

SYMPOSIUM BAYER

SEXUALITÉ MASCULINE : MOTIVATION OU DÉSIR ?

Serge HEFEZ

Psychiatre des Hôpitaux, psychanalyste

Pour un psychanalyste, le désir se différencie du besoin pour une raison évidente : si le besoin met l'individu en quête d'un objet pour le combler, le désir lui s'articule davantage sur l'absence et sur la faculté à penser et à fantasmer que produit cette absence. En ce sens, la motivation sexuelle me paraît bien davantage du côté du désir que du besoin.
On se persuade, à tort, que la sexualité masculine est simple, et, comparée à celle de la femme, de nature volontiers biologique et instinctuelle.
Deux éléments fondamentaux vont intervenir dans sa motivation sexuelle : la manière dont il a forgé sa fantasmatique sexuelle d'une part, le désir de la femme (ou d'un autre homme) et la façon dont elle l'accueille d'autre part. Sa jouissance n'adviendra que dans la reconnaissance du désir de l'autre.
La communication érotique échappe aux processus conscients ; elle dépend des relations d'inconscient à inconscient qui déterminent la force de l'attirance entre deux êtres et contribuent à la puissance de l'érotisme.
Le terme « fantasmer » est apparu avec la vulgate psychanalytique. Ce qui différencie l'homme de l'animal est la peur de ses propres fantasmes : les animaux n'ont inventé ni la guerre, ni les camps d'extermination.
La fantasmagorie érotique est activée par toutes sortes de fantômes qui proviennent de l'inconscient des parents et des premières relations que l'enfant entretient avec eux. Le désir inconscient qui anime la sexualité est ainsi profondément déterminé par son rapport au maternel.
Les images de la maternité sont autrement plus problématiques pour l'homme que celles de la féminité : c'est toujours en rapport à sa propre mère que l'homme éprouve de l'attirance ou de la répulsion pour une autre femme.
Les fantasmes sexuels maintiennent en vie des représentations qui trouvent leur origine dans la révélation qu'a été la découverte de la jouissance sexuelle.
L'attirance sexuelle reconnaît les qualités de la personne désirée, mais l'imagination dopée par les fantasmes va les amplifier, voire les inventer.
En fait la présence de l'autre révèle en nous ces images, ouvre la boîte de Pandore, anime une faculté de projection sur l'autre de nos propres fantasmes. C'est toute la question de la dimension narcissique de l'amour.
La sexualité adulte est en ce sens en continuité directe avec la sexualité de l'enfant. Les fantasmes sont des images pour bander, un scénario immuable, un carburant psychique. Les pensées qui en découlent sont parfois encombrantes, voire obsédantes, intrusives, productrices de honte ou de culpabilité, et dédoublent la personnalité.
C'est dans l'enfance qu'ils se constituent en permettant à l'enfant d'occuper une place active dans des scènes où son plaisir dépend de l'autre. Ils démontrent l'irrésistible attrait qu'il exerce sur son entourage et sa toute puissance sur son destin. A moins qu'ils ne se renversent en fantasmes masochistes en créant la nécessité d'un maître tout puissant, ou voyeuristes en cherchant à saisir la jouissance de l'autre, ou exhibitionnistes en tentant de la provoquer.

Quoi qu'il en soit, ils font toujours apparaître l'autre, en essayant de se l'approprier, si grande est la terreur qu'il ne nous échappe. Le paradoxe du fantasme est que le Je désirant s'inscrit au centre de la jouissance d'un autre dans une infinité de redoublements : je veux voir ou je veux être vu, je viole ou je suis violé, je suis cet homme qui soumet ou je suis cette femme qui est soumise.
Ces fantasmes ont à voir avec la façon dont l'enfant a développé son esprit en s'appuyant sur l'énergie fournie par l'investigation sexuelle. L'obstination avec laquelle les hommes rêvent qu'ils couchent avec leur mère est là pour en témoigner. L'ensemble des questionnements du petit garçon trouve des réponses dans des jeux et des rêves à partir desquels se constituent les fantasmes qui vont construire l'architecture de la sexualité adulte.

BIBLIOGRAPHIE :

- Serge HEFEZ, *La Danse du couple,* Hachette Littératures, 2002

- Didier DUMAS, *La Sexualité masculine,* Hachette Pluriel, 2002

- Paul DENIS, *Pourquoi les hommes ont peur des femmes,* PUF, 2005

SYMPOSIUM BAYER

SEXE ET MOTIVATION CHEZ LES HOMMES ET LES SINGES : INSTINCT DE REPRODUCTION OU RECHERCHE DU PLAISIR ?

Pascal PICQ

Paléoanthropologue
Maître de conférences au Collège de Fance

Homo sapiens ne pense plus qu'à cela : au sexe. Nos sociétés dites post-modernes produisent de la motivation sexuelle avec tout un arsenal de mesures de performances. En moins d'un demi siècle, la libération sexuelle a accouché d'une tyrannie du plaisir. Pendant des siècles la société a réprimé les motivations sexuelles perçues comme des instincts animaux. Dorénavant elle nous demande du sexe, jusqu'à aller enquêter chez nos cousins les singes et les grands singes, avec les bonobos en substitut du bon sauvage sexué. D'une façon très inattendue, le sexe et la motivation sexuelle n'ont jamais représenté autant d'ambivalence dans le rapport nature / culture.

Chez les espèces sexuées les partenaires doivent mélanger leurs gamètes. Cela devient compliqué avec des espèces mobiles, comme chez les vertébrés. Qu'il y ait une saison des amours ou pas, la motivation passe par les phéromones produites par les femelles. Les mâles se motivent à la molécule. Mais la chimie du sexe se complique avec le comportement. Les femelles exigent des parades des mâles. Ces derniers doivent souvent écarter les autres mâles et séduirent les femelles, ce qui n'est pas toujours sans risque avant comme après la copulation. La motivation exige une part d'inconscience qui défit l'instinct de survie.

Et le plaisir ? Voilà une motivation qui monte des couches profondes du cerveau pour envahir le cortex, un glissement progressif qui passe des phéromones aux représentations. La recherche du plaisir exige deux choses : qu'il y ait effectivement du plaisir et que celui-ci jouisse d'une représentation cognitive. Dès qu'il s'agit de l'Homme, on affirme que tous ses comportements, et leurs motivations, sont de l'ordre du cérébral et que tout ce qui est instinctif ou animal est occulté.

En fait il y a divers types de motivations. L'évolution nous a légué un jeu complexe de motivations qui, selon les sociétés humaines, s'harmonisent ou produisent des contradictions qui ont fait le divan de la psychanalyse. Il est indéniable que nous sommes animés de motivations inconscientes qui se manifestent au cours de l'adolescence. (Quant à la « motivation sexuelle » au cours de l'enfance, si chère aux psychanalystes, ne confond-elle pas avec celle de plaisir ? Le plaisir ne passe-t-il que par le sexe ?) Si nous « sommes travaillés » par nos hormones au moment de la puberté, elles ne nous oublient pas par la suite. Il semble que des motivations liées à la perception inconsciente de phéromones agissent à notre insu. Cependant, les étages supérieurs du cerveau sont aussi à l'œuvre : qu'est-ce qui motive l'attirance vers tel ou tel type de partenaire ou pas ? Des variantes de la chimie des phéromones et/ou des choix forgés par l'éducation, la culture, le milieu social la tradition ou des images favorisées par la société ? Ces motivations, des plus instinctives aux plus subliminales, interfèrent au cours des âges de la vie, mais avec des frustrations et des tolérances diverses selon les sociétés. La pensée dominante dans la tradition judéo-chrétienne puis bourgeoise conçoit l'Homme comme un être de culture, condamnant le sexe et ses motivations qui, bien évidemment, sont contre-culture. De nos jours, la société post-moderne crée de la motivation sociétale pour le sexe à tous les âges, plus précisément à des âges de

plus en plus grands. Ce n'est donc pas le moindre des paradoxes de constater que pendant des siècles la société a contesté, frustré et condamné les motivations naturelles du sexe – la culture contre les phéromones – alors que dorénavant la société produit de la motivation et, pour ce faire, crée les molécules nécessaires. Une évolution surprenante s'il en est entre nature et culture, entre motivation naturelle et métamotivation sociétale.

MOTS CLÉS :
Motivation ; métamotivation ; Sexologie comparée ; évolution de la sexualité ; sexe reproducteur et sexe social.

SYMPOSIUM BAYER

MOTIVATION SEXUELLE ET ESTIME DE SOI

Mireille BONIERBALE

Psychiatre
Directeur d'enseignement du DIU de Sexologie Marseille-Montpellier

Quel est le rôle de la motivation sexuelle dans le déroulement de la réponse sexuelle et les différents facteurs qui peuvent la perturber ?

QU'EST-CE QUI NOUS FAIT FONCTIONNER ?

Le processus motivationnel repose sur une variété des besoins qui motivent le comportement humain, comme le besoin d'affiliation, le besoin de nourriture etc. D'autres aspects non biologiques et spécifiques à l'être humain, sont la motivation à réussir ou la motivation pour le pouvoir.
« La théorie du renversement (M. Apter) met en lumière la dynamique de la motivation et ses tendances à fluctuer et à changer, et les effets de tels changements sur la façon que nous avons de percevoir notre environnement et de nous y engager ». Dans la motivation a atteindre un but spécifique comme celui de la réussite sexuelle cet état est spécifié comme **« télique »**, dans celle de notre engagement pour le plaisir, dans l'expérience ou dans ce que nous sommes en train de faire, la référence a cet état est dit **« paratélique »**).

Les causes des renversements d'état sont les contingences, la frustration, la satiété.

L'analyse de la littérature concernant les facteurs en jeu dans la motivation sexuelle sont : les hormones, l'orientation sexuelle, le désir pour le plaisir physique. Les variables principales associées à la médiation de la motivation sexuelle dans la recherche du plaisir érotique sont ; le genre, la culture, les croyances sur le sexe, les attitudes et facteurs d'attraction liés au romantisme, l'empathie, la difficulté à séduire un/une partenaire, l'attraction physique, les attentes sexuelles similaires, les expériences sexuelles positives, la confiance et l'image de soi.

COMMENT LA CONFIANCE EN SOI PEUT-ELLE AFFECTER LA MOTIVATION SEXUELLE ?

- L'estime de soi résulte de l'auto-évaluation de l'individu sur sa valeur, sa compétence et son importance. Cette évaluation a des répercussions importantes sur ses attitudes et ses comportements.
- L'estime de soi sexuelle dépend de l'évaluation que s'attribue la personne en se comparant à ceux de son sexe, des rapports qu'elle établit avec les membres de l'autre sexe et de la satisfaction qu'elle retire de son être sexué, sexuel et érotique.
- L'amour de soi facilite l'amour des autres et favorise de bonnes relations interpersonnelles alors que la faible estime de soi provoque le rejet des autres et nuit aux relations interpersonnelles.
- Une faible estime de soi peut entraîner des difficultés d'ordre social et psychologique comme la timidité, l'anxiété, l'isolement social, la peur du ridicule et de l'abandon,la peur de l'échec, etc.
- Une forte estime de soi induit l'assurance, la confiance en soi, la créativité, la facilité et l'aisance dans les relations interpersonnelles et l'anticipation de la réussite.

- L'anticipation positive et les succès contribuent à consolider l'estime de soi. L'appréciation par les autres induit des attitudes et des comportements qui vont en retour favoriser le succès avec un processus inverse chez les personnes ayant une faible estime d'elles-mêmes (cercle vicieux d'échec et d'autodépréciation).
- Il s'ensuit souvent de l'anxiété et de l'isolement chez les personnes dont l'estime de soi est faible ce qui les amène a diminuer leurs interactions sociales et leurs chances d'établir des contacts interpersonnels.
- L'association d'une faible estime de soi associée à une attitude défensive semble être une difficulté importante dans la recherche d'un/une partenaire.
- Les personnes ayant une faible estime de soi sont moins attractives et ont des relations amoureuses moins durables.

Dans le cadre comportemental de la relation sexuelle les styles adaptatifs des personnes qui ont un faible niveau d'estime de soi sont le plus souvent l'évitement, la fuite ou l'affrontement , ou bien sur le plan émotionnel le détachement ou l'inhibition émotionnelle anxieuse ou dépressive.
Il y a une analogie entre le schéma de Barlow et un blocage télique chez les individus de basse estime de soi , qui s'imposent de réussir un but sexuel en le planifiant sans se préoccuper de la recherche de plaisir et pour lesquels l'aspect cognitif de l'enjeu sexuel est au devant de la scène (ne pas être ridicule, y arriver, être à la hauteur, etc).Caractérisé par le sérieux, l'orientation de planification et la fuite de l'excitation.

CONCLUSION :
Ainsi le dysfonctionnement de la réponse sexuelle lié à un trouble émotionnel de la commande de la décision/action sexuelle est une des points principaux des troubles de la motivation sexuelle comme processus d'activation psycho-physiologique de préparation à l'action sexuelle (Porges 2003). Les pensées inadaptées s'imposent avec plus ou moins de force à l'individu selon sa vulnérabilité psychologique et peuvent devenir des pensées automatiques qui perturbent son évaluation de la situation et le comportement qui en résulte et faire basculer sa décision. Ainsi selon la disposition métamotivationnelle liée à l'instant critique du déclenchement de l'action sexuelle, la sexualité peut s'orienter vers le plaisir et des états ludiques (1), ou bien vers une orientation d'esprit « sérieuse » (2), planifiant l'action sexuelle dans une recherche de buts à atteindre. La liste de ces moments critiques peut apporter une meilleure connaissance des aspects émotionnels bloquant la motivation de la phase de réalisation sexuelle.

NOTES :
(1) Dominance paratélique : enjoué, espiègle, ludique dont l'état d'esprit est centré sur le présent à la recherche de sensation
(2) Dominance télique : sérieux, grave ; état d'esprit orienté vers des buts à atteindre

MOTS CLÉS :
Motivation, métamotivation, télique, émotion, réponse sexuelle.

RÉFÉRENCES :
- Apter MJ, Smith KCP. Sexual behavioural and the theory of psychological reversals. Love attraction. Ed M Cook& G Wilson, Oxford & New York : Pergamon 1979: 405-8.
- Barlow DH. Causes of sexual Dysfunction: The role of Anxiety and cognitive Interference: J of Consulting and Clinical Psychol; 1986; 2: 140-8
- Bonierbale M. et al. A new evaluation concept and its measurement: "male sexual anticipating cognitions".J Sex Med. 2006 Jan;3(1):96-103.

- Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. Journal of Personality and Social Psychology. 1988; 54(3): 466-75
- Lazarus RS. Emotion and Adaptation. New York: Oxford University Press 1991.
- Lazarus RS. Relational meaning and discrete emotions. In Scherer KR, Schorr A & Johnstone T (Eds.), Appraisal Processes in Emotion (37-67). New York: Oxford University Press. 2001.
- Porges SW. The Polyvagal Theory: phylogenetic contributions to social behavior. Physiology & Behavior. 2003; 79: 503 - 13.

SYMPOSIUM BAYER

MOTIVATIONS ET ATTENTES SEXUELLES MASCULINES ET FÉMININES : ACCORD ET DÉSACCORD ?

Frédérique HEDON

Medecin sexologue

Ce travail de réflexion a été mené dans l'idée de tenter de repérer les particularités des motivations et des attentes sexuelles des hommes ou des femmes et si celles-ci s'accordent ou non. Depuis quelques années l'égalité entre homme/femme et la parité des postes occupés par les uns ou les autres sont devenus des sujets sensibles.
S'il n'est pas question ici de récuser les progrès relationnels liés à cette évolution socioculturelle, il n'est pas inintéressant de se poser une question complémentaire, sans doute fondamentale : n'est-ce pas confondre deux notions différentes et deux mots, égaux et semblables, pourtant différents ? or, égalité et similarité n'ont ni le même sens, ni la même portée.
Egaux, certes, les hommes et les femmes le sont (ou le sont devenus ?), mais pour autant peut-on sérieusement les croire identiques ? surtout si l'on est sexologue ?
Comment pourrait-on prétendre à une égalité de vécu, de perception, de projection, d'introjection alors que la seule, la véritable différence entre le corps d'un homme et d'une femme, c'est justement le sexe. Une différence fondamentale que tout enfant au stade de l'acquisition de la parole est capable de définir.
Cette différence sexuelle est tout d'abord une différence d'organe sexuel et elle reste la seule, ou presque, de l'enfance à la puberté, et elle se continue ensuite par une autre différence majeure, la différence hormonale. Une différence d'hormones sexuelles, incontestable, à la fois physiologique et psychologique. Différences physiologiques, essentiellement hormonales : modifications de la morphologie du corps, caractères sexuels secondaires et rythmes biologiques, continu chez l'homme, discontinue chez la femme. Il est maintenant admis que la sexualisation des comportements est conditionnée par l'imprégnation hormonale, le système nerveux central et l'expérience. Différences psychologiques, supposées, et ayant fait l'objet de recherches et de théorisations (telle la psychologie différentielle ou béhaviorisme), et qui sont encore actuellement difficiles à définir de façon certaine.
De ces différences, associées à des similitudes, naissent des attentes et des motivations, en matière de désir, de plaisir et d'amour, interdépendantes, complémentaires, différentes, voire divergentes. En même temps ces différences hommes/femmes ont des points communs profonds et symboliques qu'il ne nous faut surtout pas oublier.
Essayer de les repérer, de les décrypter et de les illustrer à travers des images, des textes et des enquêtes est un projet difficile, tant le sujet est vaste

MOTS CLÉS :
Hormones sexuelles, sexualisation des comportements, béhaviorisme, désir, plaisir.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :
- Jean-Didier Vincent, « Biologie des passions », chez Odile Jacob, Paris 1986
- Doreen Kimura, « Cerveau d'homme, cerveau de femme ? », chez Odile Jacob, Paris 2001
- Revue des deux mondes, juillet-août 2000

- Fischer WA, Rosen RC, Eardley I, Sand M, Goldstein I. Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: The Female Experience of Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (FEMALES) Study. J *Sex Med.* 2 (5): 675 - 684, 2005

- Enquête Louis Harris/Pfizer : Problèmes d'hommes, regards de femmes, nov. 2001

LECTURE

EVOLUTION DES SEXOTHERAPIES

W. Pasini

Présentée par J. Peyranne

LECTURE

EVOLUTION DES SEXOTHÉRAPIES

Willy PASINI

L'histoire des thérapies sexuelles suit l'évolution des 4 courants psychologiques majeurs (et de l'évolution des médicaments).
La psychanalyse et la psychothérapie analytique avec application en sexologie, développent le rôle de la sexualité infantile, du conflit derrière le symptôme sexuel et de l'importance de l'imaginaire. C'est une lecture de la sexualité intra-psychique.
Les thérapies cognitivo-comportementales partent des idées erronées sur la sexualité, mais s'occupent du présent parce que le « comment » est plus important que le « pourquoi ». En sexologie la thérapie de W. Masters et V. Johnson est la plus classique et ensuite la thérapie de Lo Piccolo et Julie Heimann aux USA et de Xavier Poudat en France.
La thérapie relationnelle et familiale considère que la sexualité est un symptôme relationnel et non intra-psychique. Ce sont surtout Peggi Papp aux USA et Maurizio Andolfi à Rome qui ont appliqué ces théories à la sexualité.
Enfin, la psychologie humaniste qui comprend différentes disciplines (bioénergie, gestalt, la tecnique de relaxation Schültz & Jacobson) massages du type Rolfing, les techniques de Esalen, etc). mettent l'accent sur l'expérience « ici et maintenant » et sur le corps comme médiateur pour atteindre une sexualité épanouie.
La sexualité est un champ de conquête des différentes écoles et seulement Helen Kaplan a fait un travail sexologique en mélangeant la lecture psychanalytique et des exercices comportementaux.
Au Québec on cherche aussi à trouver des techniques spécifiques comme la sexoanalyse de Claude Crepault.
Aujourd'hui les sexothérapies sont souvent devenues un « savoir faire » pédagogique et d'accompagnement de thérapies + intégratives associant un support médicamenteux éventuel.
Il reste à nous demander comment faire une synthèse des apports de cette évolution et comment en mieux extraire à la fois des stratégies sexologiques de première intention pour le médecin traitant et des stratégies revisitées à la lumière de l'évolution des connaissances sur la sexualité pour le sexothérapeute.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- ABRAHAM G., PORTO R. *Psychanalyse et thérapies sexologiques.* Payot., Paris,1978
- KAPLAN H.S. (1974) *The new sex therapy*. New York, Penguin
- MASTERS W., JOHNSON V. (1970) *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown
- POUDAT F.-X , JARROUSSE;N., Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles , Col Pedecine et Psychothérapie, Ed Masson 1992
- POUDAT F.-X. (1997) Prévention des rechutes en Sexothérapie , Rev. *Europ. Sexol.; Sexologies* (XIV), 25 : pp. 5-13.
- POUDAT F.-X. (2005) Le trouble sexuel en thérapie solutionniste , Rev. *Europ. Sexol.; Sexologies* (XIV), 52 : pp. 17-24.
- VANSTEENWEGEN A. (2003) Des sexothérapies aux thérapies de couple, *Europ. J. of Sexol ; Sexologies* ; (XII), 46 : 20-22
- PASINI W , ANDREOLI A; Le corps en psychothérapie, Payot, 1993
- PASINI W , CREPAULT C: L'imaginaire en Sexologie cliniques, Puf -1992
- PASINI W , FRANCESCATO D.: Le courage de changer, Odile jacob - 2003
- PASINI W ; Les nouveau comportements sexuels; Odile jacob - 2003
- PASINI W ; Le temps d'aimert, Odile jacob - 1997

- PASINI W ; La Qualité des sentiments Payot 2002
- PASINI W ; A quoi sert le couple ? Odile jacob 200
- PASINI W ; BROUILLET M. F , Eloge de l'intimité, Payot 2002

DEBAT DUREX

DES PRESERVATIFS AUX SEXTOYS : QUELLE PLACE EN SEXOLOGIE ?

Discutantes : C. Roux Deslandes - M. Potentier

Place dans les jeux amoureux
L. Chauteau

Erotisation du préservatif
A. Giami

DEBAT DUREX

DISCUSSION SUR LES SEX TOYS ET LES PRÉSERVATIFS

Claude ROUX DESLANDES

Sexologie clinique (Pau)
Chargée de cours au DIU Toulouse
Responsable de la formation sexocorporelle au CIFRES (Toulouse)

Dans la discussion nous envisagerons deux points :

1° – Et si, de nos jours, le préservatif était le premier sex toy ?.
Son emploi est nécessaire et recommandé… l'introduisons nous dans nos pratiques comme objet sexuel ludique ?
Fait-il partie des objets que nous apprenons à érotiser pour qu'il ne soit pas un « tue l'amour » ou un « tue excitation sexuelle », un « tue érection » ! un « tue désir » ?
Quelle place :

- au savoir faire et savoir être érotique :
  - y a-t-il dans l'éducation sexuelle ?
  - dans les campagnes d'information ?.

2° – *Les sex toys ont toujours été utilisés* dans les pratiques sexuelles même lorsque l'érotisation était à ses débuts (objets préhistoriques).
Aujourd'hui c'est un sujet à la mode et un marché important :

- sur google, au 17 janvier 2006, 29 200 000 références qui englobent le thème sex toys.

Qu'est-ce qui est proposé :

- des préservatifs de différentes sortes
- des objets provoquant une excitation sexuelle
  - plutôt pour les femmes que pour les hommes
- des vêtements
- des swet et sexy candy (string homme et femme)
- des bijoux de sexes
- des huiles
- des livres
- des films

- Comment pouvons nous les intégrer dans nos pratiques érotiques ?
- Les sexologues (cf Nouvel Obs 01/03/03) sont cités comme des « prescripteurs » de ces sex toys :
- Que disons-nous ?
- Quelles réflexions sur nos cognitions avons-nous faites.
- Quand nous les proposons avons-nous des objectifs cliniques ou de développement personnels clairs et précis ?
- Avons-nous des connaissances précises sur ce qui peuvent apporter ces objets dans les apprentissages, les compétences érotiques ? et dans le partage du couple ?

DEBAT DUREX

DU PRÉSERVATIF AU SEX-TOYS : UN AUTRE POINT DE VUE

Martine POTENTIER

Physiothérapeute : sexothérapeute

Dans cette dernière table ronde, j'apporterai, quelques questionnements à partir de mon expérience d'une trentaine d'année, de la thérapie sexo-corporelle.

Les patients qui viennent consulter ont perdu le sens de l'activité sexuelle ludique à deux, et il s'agit de faire reprendre contact avec le langage érotique du corps et la complicité amoureuse. C'est par des activités « analogiques » de l'appropriation du corps comme ; l'abandon, la synchronisation des mouvements en sensation, et surtout le partage des signaux du corps à travers le toucher, comme l'ont initié Masters et Johnson dans le sensate focus, que les patients retrouvent le chemin du plaisir du corps et des jeux amoureux .

Les sextoys, jouets sexuels modernes, apportent une dimension intéressante par leur côté « objet partiel », avec lequel on fait « comme si » c'était du sexe mais en le couvrant d'imaginaire, et qui renvoie à une forme de sexualité infantile. Toute la difficulté est de savoir, selon qu'il y a ou non blocage sexuel, et si on se place du côté de la thérapie, si le jouet peut être utilisé dans un « comme si » créatif, qui permet d'aller vers une ouverture érotique à deux, ou bien s'il n'est qu'une imitation froide et sans émotion d'un conformisme où le sujet cherche à trouver désespérément, à travers un intermédiaire, ce qu'il n'a pas en lui.

Les sextoys peuvent être « prescrits », dans une démarche d'accompagnement, à des femmes anorgasmiques, qui ont besoin de passer par un dialogue avec leur propre corps pour s'autoriser l'abandon et trouver enfin, une première clé à l'orgasme. Mais s'il s'agit de perfectionnisme, beaucoup pourraient rester isolées à ce stade, sans pouvoir passer à la dimension relationnelle et devenir une sorte « d'addict à la sensation solitaire ».

Il y a à réfléchir quand on voit, dans les clubs « tupperware » de jouets sexuels, les femmes s'approprier leur objet, comme une sorte de phallus, dont elles partageraient une sorte de nouvelle complicité féminine, autour du fantasme d'un orgasme facile et rapide.
Les médias qui s'emparent de la nouveauté du sujet, ont par ailleurs une influence libératrice et dédramatisante. Les femmes ne sont plus obligées de passer non plus par la Redoute ou les 3 Suisses pour s'autoriser l'achat d'un vibro-masseur « du corps » prétexte, maintenant, Internet permet le secret et le choix érotisé…
En fait, c'est moins l'objet que l'intention qu'on lui attache qui importe, ne peut-il pas être tout ça : érotique ? ludique ? intrusif ? pornographique ?

Mais aussi, les sextoys des hommes et des femmes diffèrent par leur intention : ceux des hommes sont explicites, crus reflétant leur désir de contrôle et de puissance, ceux des femmes se parent de formes symboliques et animales (gentilles), de couleurs, de matières, de programmes de vibrations…
On retrouve à nouveau dans ce qui se tisse d'imaginaire dans ces objets, le besoin profond des femmes de la sensualité, de la sensorialité ; ce qui reste la demande et le besoin majeur de nos patientes femmes, même orgasmiques, de jouir vraiment dans leur corps tout entier, dans leur humanité, c'est-à-dire dans une vraie écoute réciproque.
Voilà un sujet riche de réflexion !

DEBAT DUREX

QUELLES SONT LES PERCEPTIONS DES CONSOMMATEURS FRANÇAIS VIS-À-VIS DE PRODUITS OFFRANT DU BIEN-ÊTRE SEXUEL ?

Loïc CHAUTEAU

Directeur Marketing

1. Les objectifs du travail présenté

a. Mieux comprendre la perception et l'intérêt de la population française vis-à-vis de produits accompagnant les jeux amoureux.
b. Analyser les incidences de ce type d'offre sur l'image d'une marque de préservatif.

2. La méthode de travail utilisés a cette fin

a. Etude de concepts menée par l'institut Research International.
b. Echantillon : 480 personnes âgées de 18 à 55 ans, représentative de la population française
c. Terrain de l'étude menée sur internet en Avril 2005.

3. Les principaux résultats de l'étude

a. La quête d'une vie sexuelle épanouie au sein du couple est aussi prégnante en France que dans le reste de l'Europe (source : Etude Wirthlin Dec 2004).
b. Une très large majorité de Français apprécient l'idée que leur bien-être sexuel influe sur la qualité de leur vie (source : Etude Wirthlin Dec 2004).
c. Pimenter les jeux amoureux au sein du couple pour varier les plaisirs et ainsi mieux profiter de la vie est une idée qui séduit la majorité de la population.
d. Les français laissent paraître un vif intérêt pour essayer les produits qui stimulent le plaisir au sein du couple : les préservatifs offrant de nouvelles sensations (latex nervuré, micro perlures, avec benzocaïne pour retarder l'éjaculation, …) , les gels intimes lubrifiants offrant des effets poly-sensoriels, les gels de massage mais aussi les anneaux vibrantset les vibromasseurs, enregistrent des scores d'intérêt élevés dans le cas où ils promettent plus de plaisir pour les partenaires.
e. Les intentions d'essai augmentent très clairement dans le cas où le partenaire proposerait d'utiliser le produit : la question est donc de savoir qui au sein du couple osera faire le premier pas.
f. Nos études démontrent que, si la vente par correspondance, sur internet ou dans les sex shops restent des circuits de vente prédominants dans l'esprit des Français pour ce type de produits, une majorité de la population trouve acceptable l'idée que cette catégorie de produits pour le bien-être sexuel puisse être vendu en parapharmacie ou dans les grandes surfaces.
g. L'image d'une marque de préservatif comme Durex bénéficie de l'extension de son offre vers des produits qui ne se réclament pas seulement de la protection sexuelle mais aussi du bien-être sexuel : cela tend à démontrer que la population ne « diabolise » pas a priori cette catégorie, cette dernière pouvant encore énormément et positivement évoluer via sa démocratisation.

DEBAT DUREX

LES OBJETS TECHNIQUES ET LA SEXUALITÉ : MISE EN PERSPECTIVE HISTORIQUE

Alain GIAMI

Directeur de recherche (INSERM)

OBJECTIFS :

Rappeler que l'activité sexuelle - qui constitue une activité humaine éminemment complexe et rythmée selon des scénarios (scripts) culturels et interpersonnels - peut inclure, lors de différentes occasions, l'intervention d'objets techniques qui vont s'inscrire dans la scénographie ou en modifier son déroulement.

MÉTHODE :

Analyse de documents scientifiques et historiques utilisés comme des indicateurs de normes et de représentations de la sexualité. Mise en perspective historique de ces documents.

RÉSULTATS :

La communication vise à retracer une brève histoire moderne des vibro-masseurs et autres godemichés et à les replacer dans le contexte de l'évolution des dispositifs techniques et culturels utilisés dans les rapports sexuels. L'utilisation des objets techniques intervient à des moments précis du déroulement de l'acte sexuel : avant le début de celui-ci, au cours de l'une des phases du "rapport sexuel", après celui-ci, l'un n'excluant pas l'autre. Ces objets peuvent avoir des finalités différentes : - assurer la contraception : préservatifs, diaphragmes, pessaires, pilules hormonales, gels et douches spermicides, etc… - prévenir la transmission de maladies : préservatifs, spermicides, etc… - faciliter, susciter ou accroître le désir, l'excitation et le plaisir sexuel : aphrodisiaques, inhibiteurs de la phospodiestèrase, vibro-masseurs, etc…. Ces objets peuvent être utilisés par l'un, l'autre, ou les deux partenaires en faisant l'objet d'une négociation préalable, ou être utilisés (ou non-utilisés) à l'insu du partenaire. L'utilisation des objets techniques est donc un révélateur des rapports sociaux et interpersonnels qui organisent le déroulement des rapports sexuels.
Enfin, partant du constat selon lequel ces objets ont connu des migrations, entre le monde de l'érotisme dans les sex-shops, celui de l'hygiène, dans la grande consommation, et celui de la Santé, dans les officines pharmaceutiques, la communication examinera les significations culturelles et psychologiques attribuées aux objets techniques. Est – on définitivement sortis du registre du fétichisme et du "Bizarre" pour entrer dans celui de la Santé sexuelle ?

MOTS CLÉS :

Scripts sexuels, traitements des troubles sexuels, préservatifs, sex-toys.

RÉFÉRENCES :

- Giami A., Spencer, B. Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs, traitements des troubles sexuels. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2004, Vol 52 (4), pp. 377-387.
- Maines R. *The technology of Orgasm*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1999.
- Simon W, Gagnon J. (1986). Sexual scripts : Permanence and change. *Arch Sex Behav,* 1986; 15: 97-120.
- Simondon G. *Du mode d'existence des objets techniques*. Paris: Aubier, 1958.

AIHUS 2006

Résumés des communications libres

COMMUNICATIONS LIBRES

SALLE 1

Présidents de séance : Marie Chevret-Méasson
Albert Leriche

Dysfonction érectile du diabétique : savoir en parler et écouter.
Jean Colonna

La Sexualité, un modèle complexe
Robert Dubanchet

Imaginaire érotique et représentation de la sexualité dans les sociétés européennes.
Jean Peyranne

Suivi à long terme de phalloplasties chez le transsexuel femme-homme
A. Leriche – A. Bouillot – N. Morel-Journel

Prise en charge du syndrome de stress post traumatique en sexologie :
intérêt de la thérapie émotionnelle EMDR
Steven Reichenbach

La fonction périnéale : méthodes d'optimisation pour une meilleure sexualité :
intérêt et limites
André Mamberti-Dias

Le couple et la consultation sexologique
Linda Rossi

Les phéromones humaines ont-elles un intérêt pratique en sexologie ?
Jacques Vergriete

Déterminants neurobiologiques du comportement sexuel
S. Wunsch

DYSFONCTION ÉRECTILE DU DIABÉTIQUE : SAVOIR EN PARLER ET ÉCOUTER

Jean COLONNA

Médecin

La souffrance sexologique est une souffrance complexe.
Il est essentiel de définir avec le patient ou le couple, la nature de la plainte et l'objectif thérapeutique. Si sur le plan biomédical, les objectifs sont clairs, autant en psycho-sexologie les objectifs sont incertains. Faut-il juste rétablir l'érection ? Faut-il rétablir le désir sexuel ? L'objectif est-il l'orgasme ou l'harmonie sexuelle des partenaires ?
En fait lorsqu'on a réglé le problème de l'insuffisance érectile, on n'a souvent résolu qu'un des termes de l'équation.

C'est dans l'écoute du patient qu'on peut repérer ce que sous-tend sa plainte, a coté des facteurs organique il existe aussi souvent en parallèle des composantes psychologiques dans la DE comme un conflit conjugal, un licenciement, la ménopause de la partenaire, un deuil, etc…
On est donc bien face à la prise en charge d'une souffrance complexe.

Sur le plan psychodynamique, la consultation est un échange d'information mais c'est aussi un événement psychoaffectif, un échange libidinal où le patient se retrouve le plus souvent en position infantile et le thérapeute souvent en position parentale.
Ces aspects non conscients de la consultation sont des éléments de compréhension de la difficulté qu'ont les patients et mais aussi les médecins, quarante ans après la révolution sexuelle des années 1960, et 20 ans après le film pornographique du samedi soir, à parler de la sexualité.
Statistiquement 32 % des hommes de plus de 40 ans ont des troubles de l'érection mais seulement 8% en parlent à leur médecin. (1)

Chez le diabétique, le régime alimentaire imposé est une intrusion du monde médical dans la jouissance orale du patient ; C'est s'immiscer dans une dimension archaïque de la définition du sujet et de sa relation à l'autorité parentale. Cela renforce la dimension oedipienne du lien thérapeutique. (3)

On peut observer à ce sujet des conduites de défenses infantiles.
Certains patients érotisent la relation thérapeutique, se soumettent au régime de façon disciplinée, parfois obsessionnelle, excessive, perdant 10 kg en un mois et ils ramènent leur carnet de glycémie comme on ramène un carnet scolaire, en espérant gagner l'estime et l'affection du thérapeute.
D'autres, dans le déni complet de la maladie, reviennent en consultation avec un poids invariable, des chiffres glycémiques constamment aggravés malgré tous les conseils et toutes les notices fournies, ils n'ont pas fait leur bilan biologique parce qu'ils n'ont pas eu le temps, recherchant inconsciemment le conflit avec l'autorité médicale, réactivant leur période de conflit oral infantile.

A côté de la réactivation du lien alimentaire parent – enfant lorsqu'on aborde la sexualité, on pénètre dans la sphère du plaisir et de l'intimité où la position parentale inconsciente du

thérapeute peut être vécue par le patient mais aussi par le thérapeute comme une intrusion incestuelle. (2)
Ainsi, il n'est pas facile pour un jeune thérapeute d'écouter la plainte sexuelle d'un couple qui à l'âge de ses parents ou de ses grands parents. Il est également difficile pour le thérapeute non formé de parler de sexualité sans parler de sa propre sexualité.
Une médicalisation qui prendrait pas en compte tous ces facteurs pourrait amener la désérotisation de l'acte sexuel.
Le temps d'écoute de la plainte est essentiel pour éviter ce type de réaction et permettre de prendre en charge la souffrance du patient dans sa complexité.

Alors comment en parler ?
Il s'agit de trouver la bonne distance avec le patient, être informatif sans être intrusif et renoncer à une normalisation sexuelle où le bonheur serait de parvenir à un objectif statistique pour les patients et un objectif de bons résultats pour le médecin (qui serait lui aussi un bon élève..)

Il ne faut pas oublier d'intégrer la partenaire qui peut avoir des conduites de sabotage si on ne prend pas en compte ses attentes et pour qui la médicalisation peut générer des troubles du désir.

EN CONCLUSION
L'apparition de médicaments sexo-actifs dans les insuffisances érectiles, a été une révolution dans la prise en charge des insuffisances érectiles, qu'elles soient liées ou non au diabète. Beaucoup de patients et de couples ont vu leur vie sexuelle rétablie grâce à ces traitements.

Mais avant de les mettre en route, il est important que le thérapeute accorde du temps à l'écoute, qu'il évalue la réalité de la plainte du patient et qu'il intègre le point de vue de la partenaire ; la médicalisation excessive peut être contre - productive. L'intervention du thérapeute dans la sphère d'intimité du patient doit se faire avec le souci d'informer sans imposer, de proposer sans vouloir normaliser à tout prix et de faire des choix thérapeutiques en fonction de la complexité de chaque cas.

MOTS CLES :
Diabète Insuffisance érectile Médicalisation Désérotisation Complexité

BIBLIOGRAPHIE :
GIULIANO et al. " Prévalence of erectile dysfunction in France. " Eur;Urol 2002 ; 42:382-9
RACAMIER Paul-Claude " L'inceste et l'incestuel " 1995 Editions du Collège
FREUD Sigmund " Trois essais sur la théorie de la sexualité " 1905 P.U.F.

LA SEXUALITÉ, UN MODÈLE COMPLEXE (*)

Robert DUBANCHET

Psychologue

L'Organisation Mondiale de la Santé 1975) définit « La santé sexuelle » comme « l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour ». Cette définition, de part les champs qu'elle recouvre est particulièrement complexe. Elle a le mérite de faire apparaître sous l'angle de la santé une activité humaine fondamentale, la sexualité.

La sexualité, ou plutôt, les sexualités humaines, vont mettre en jeu et mobiliser plusieurs registres : le corps, le somatique, la vie psychique, le mental, mais aussi le contexte qui fait appel au culturel, au social, au familial, au religieux, à l'environnemental et au politique. L'anthropologique sexuelle nous montre combien les règles morales concernant la sexualité sont diverses de par le monde mais combien aussi elles sont toujours présentes. Liée à l'interdit, la sexualité a une fonction structurante pour le psychisme aussi bien que pour le devenir des cultures.

La pulsion, "concept limite" entre le somatique et le psychique est un montage théorique qui utilise la notion de "représentation". Plusieurs processus sont alors en jeu ;

L'inhibition, processus actif de diminution ou de suspension d'une fonction proposée en 1926 par Freud qui en avait souligné les liens avec l'angoisse et les stratégies inconscientes de refoulement.

Le refoulement, opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir hors du champ de sa conscience des représentations (pensées, images, souvenirs imprévus) liés à la pulsion.

La frustration, résultat d'une pulsion sexuelle non satisfaite. Plusieurs aménagements psychiques peuvent alors se mettre en place : déplacement, sublimation, régression, projection, compensation. Mais la réaction humaine la plus commune à la frustration est l'agressivité

Nous ne sommes que des enfants qui avons grandi. Le petit garçon et la petite fille ne naissent pas « vierges ». Ils sont porteurs d'une histoire parentale, sexuée et sexuelle. Le développement psycho-sexuel infantile, le primat du refoulement, la dualité pulsionnelle et la thématique oedipienne, armature de la construction de la personnalité de chacun, ainsi que les notions de structures : psychoses, névroses, perversions et états-limites, sont des concepts fondamentaux pour saisir la lente évolution de toute structuration de la sexualité humaine.

Nous distinguons l'éthique qui recouvre la réflexion morale sur les valeurs, ici en matière de sexualité, et la déontologie, ensemble des règles morales de la profession qui concerne ici directement la sexologie. Avec la sexualité, nous sommes au cœur du conflit moral entre hédonisme et ascétisme. En cela l'éthique personnelle interfère dans les attitudes thérapeutiques et au premier chef dans les deux premiers niveaux de l'intervention en sexologie que sont l'éducation et le conseil. Le souci normalisateur puis la tendance à un hédonisme forcené et à ce que certains ont pu appeler la « tyrannie de l'orgasme », jalonnent l'histoire de la sexologie.

Nous faisons partie d'une machinerie donc, toute vouée à une connaissance et à une gestion de la sexualité, car l'enjeu est bien de "tenir" ce possible conflit entre une "pulsion sexuelle qui n'en fait qu'à sa tête" et les exigences de l'ordre social et de la santé publique. Le système

sanitaire et social se retrouve, dans son entier, mobilisé par cette fonction de contention, voir de contrôle : informer, prévenir, protéger, interdire, soigner, contenir, savoir.

MOTS CLEFS :
Santé sexuelle, psyché, soma, contexte, pulsion, inhibition, refoulement, frustration, éthique, déontologie, hédonisme, ascétisme, ordre social, santé publique.

BIBLIOGRAPHIE :
Sous la direction de P. Brenot, Dictionnaire de la sexualité humaine, L'esprit du temps, 2004
S. Freud, « Pulsions et destins des pulsions », in Métapsychologie, Idées Gallimard, 1981
J. Ménéchal, Introduction à la psychopathologie, éditions Dunod, Les Topos, Paris, 1997

IMAGINAIRE ÉROTIQUE ET REPRÉSENTATION DE LA SEXUALITÉ DANS LES SOCIÉTÉS EUROPÉENNES.

Jean PEYRANNE

Médecin Généraliste Sexologue

« Au delà du symptôme sexuel » c'est le thème central de ce congrès.
S'il existe un domaine qui dépasse et même qui relie la médecine sexuelle et la sexologie, c'est bien celui de l'imaginaire érotique.
Au niveau européen et surtout dans le parcours chaotique de la construction européenne, ce même imaginaire est-il un espace libre traversé d'une seule pensée, ou bien un marqueur possible des divergences à travailler et des liens à renforcer entre les différents pays d'Europe ?
Imaginaire érotique, comme observatoire de la construction européenne, comme moyen de transcender les particularismes locaux au delà des déterminismes linguistiques, ethniques ou religieux, c'est le premier objectif, un objectif de connaissance, de ce travail.
Objectif médical ensuite, autour de la prescription des molécules de la sexualité, et de l'enseignement de la sexologie à dimension européenne.
Et enfin objectif social, culturel et politique : c'est à dire peut on rêver d'une victoire de l'image et du désir là où échouent économie, langages, besoins sécuritaires et intérêts politiques.
C'est le but de ce projet, l'analyse comparative des pratiques et des constructions fantasmatiques, entrepris en collaboration avec le Pr Bernard Valade, directeur du GEPECS (Groupe d'Etude pour l'Europe de la Culture et de la Solidarité), que je désire vous présenter.

MOTS CLÉS :
Imaginaire-Europe-liens-divergences-sociétés

RÉFÉRENCES :
Georges Vigarello dir.Histoire du corps, trois vol.Paris, Seuil 2002-2005.
Michel Bozon, Sociologie de la sexualité, Paris, Ed.Nathan 2002.

SUIVI À LONG TERME DE PHALLOPLASTIES CHEZ LE TRANSSEXUEL FEMME-HOMME

A. LERICHE – A. BOUILLOT – N. MOREL-JOURNEL

Urologues

56 transsexuels ayant subi une phalloplastie par lambeau anté-brachial libre de 1986 à 2002 ont été revus.
L'uréthroplastie n'a été réalisée que chez 19 patients (34 %), l'âge moyen était de 30 ans. Le suivi a été de 110 mois et 53 des 56 patients (94,6%) ont dû subir 6 procédures chirurgicales pour avoir un phallus correct. La taille moyenne est de 12,5 cm. La satisfaction a été retrouvée chez 53 patients avec une satisfaction esthétique de 94,3 % une sensibilité cutanée de 86,8 %. 96,2 % considèrent que la phalloplastie leur a permis de mettre en accord leur apparence physique et leur sentiment de masculinité.
Il faut par contre noter 14 complications, 25 % dans les 30 premiers jours post-opératoires et 30 complications (53,5 %) après ces 30 jours comprenant 2 nécroses du lambeau, 7 des 19 patients ayant subi une uréthroplastie ont eu des complications de fistules et de rétrécissement secondaire ayant nécessité une uréthrostomie périnéale.
Les prothèses péniennes ont été utilisées pour obtenir la rigidité chez 38 patients (68% des cas) mais le taux d'explantation est de 10,5 %.
Cette technique n'est donc pas simple, elle est extrêmement longue entre 9 et 12 heures.
L'ablation des seins, l'hystérectomie coelioscopique est faite dans deux temps séparés. Les complications sont nombreuses et de plus en plus nous encourageons les patients à ne pas faire faire d'uréthroplastie. Plus de 100 phalloplasties anté-brachiales ont été faites avec les mêmes complications en dehors du transsexuel.
Le lambeau abdominal choisi par le patient, essentiellement pour l'absence de cicatrice de l'avant-bras donne lui aussi autant de complications uréthrales.

MOTS CLÉS :
Phalloplastie – transsexuel – lambeau anté-brachial

PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DE STRESS POST TRAUMATIQUE EN SEXOLOGIE:INTÉRÊT DE LA THÉRAPIE ÉMOTIONNELLE EMDR

Steven REICHENBACH

Psychiatre Sexologue

L'EMDR est une technique situe au carrefour des thérapies comportementales, cognitives, de soutien et d'hypnose ericksonienne. Cette thérapie a été créée il y a une vingtaine d'année, par Francine Shapiro, Psychologue américaine.
Cette technique fait partie des thérapies brèves. Souvent 5 à 10 séances suffisent pour traiter des traumatismes. L'EMDR permet également de dynamiser une psychothérapie qui parfois tourne en rond.
En effet, l'EMDR s'adresse a d'autres canaux que ceux du cerveau cortical. On s'adresse aux émotions, aux sensations physiques qui restent bloquées et participent aux symptômes anxieux. Les émotions, les sensations physiques permettent de remonter au cortical. Certaines émotions permettent de retrouver des scènes anciennes disparues de la conscience
Les principales caractéristiques de cette technique sont l'hypothèse que le sujet a en lui les ressources pour trouver des solutions à ses problèmes;la durée brève de la thérapie ; l'enseignement de l'autothérapie;le caractère direct de l'intervention thérapeutique ; l'utilisation de suggestions directes.

Les syndromes de stress post traumatiques sont fréquents en consultation de sexologie. Ils se définissent par la présence de symptômes physiques (douleurs, contractions), psychiques (anxiété, dépression) ou émotionnelles lies a l'événement traumatique.
En consultation de sexologie, nombreuses sont les indications de prise en charge par EMDR dans les cas de viol, de vécu abandonnique interférant négativement dans les relations de couple.

L'atelier se propose de décrire les symptômes de stress post traumatiques les plus fréquemment observés en sexologie. L'approche EMDR sera exposée sous forme de vidéographie de cas cliniques

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Edmond T., Sloan C., Maccarty D. (2004), "Sexual abuse survivors' perceptions of effectiveness of EMDR and eclectic therapy: a mixed-methods study, Research on social work practice, 14, 259-272
- Shapiro, F (dir) (2002), "EMDR as an integrative psychotherapy approach: experts of diverse orientations explore the paradigm prism", Washington DC, American Association Books

LA FONCTION PÉRINÉALE ; MÉTHODES D'OPTIMISATION POUR UNE MEILLEURE SEXUALITÉ

André MAMBERT-DIAS

Kinésithérapeute Rééducation Périnéale

La réhabilitation fonctionnelle périnéale, par ailleurs opérante en urologie et colo-proctologie, a été appliquée aux dysfonctions sexuelles à Marseille dés 1983. Il ressort de ces années de pratique en rééducation pelvienne qu'une bonne synergie - releveurs de l'anus / pénis - lors du rapport sexuel est un élément renforçateur pour l'érection et valorisant pour le vécu orgasmique.

OBJECTIFS :
L'atelier permet de faire le point des avantages acquis et confirmés de la réhabilitation fonctionnelle musculaire périnéale dans le cadre de la sexualité.

MOYENS - MÉTHODE :
Les moyens mis en œuvre pour cette optimisation sont l'évaluation manuelle, la prise de conscience et le renforcement digital quand la fonction existe. Lorsque la fonction volontaire d'occlusion musculaire périnéale fait défaut on a alors recours à l'électrostimulation fonctionnelle et au biofeedback.
Dans une étude réalisée entre 1996 et 2003 avec 190 patients hommes sexuellement dysfonctionnant (échantillon de 18 - 82 ans avec une ancienneté du problème de 3,2 ans), on trouvait 165 patients sur 190 (87%) présentant une dysfonction périnéale.
Une autre étude réalisée entre 2000 et 2002 sur 22 femmes qui présentaient une anorgasmie, dont 15 avec dyspareunie de pénétration, on relevait 17 (77%) patiente avec une dysfonction périnéale proprement dite.

RÉSULTATS :
Dans les deux études les résultats obtenus chez ces patients qui ont suivis une rééducation périnéale, présentent un indice de satisfaction corrélé par l'amélioration fonctionnelle de la musculature périnéale.

CONCLUSION :
On a pu ainsi déterminer des pronostics favorables ou défavorables en préalable à une conduite thérapeutique rééducative.

MOTS-CLEFS :
(TEPF) thermo-évaluation pénienne des fantasmes, (STCP) stimulation transcutanée pénienne, (BFB) biofeedback, (SNM) stimulation neuromusculaire, (ICP) inversion de commande périnéale,

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :
1 - Lavoisier P. Réhabilitation for the circumvaginal musculature, Ed.Benjamin GRABER, Karger Publishers, N.Y. 1982-88-92
2 - Valero, Mamberti-Dias, Rééducation périnéale et dysfonctions sexuelles féminines - Contraception-fertilité-sexualité- 1985 - Vol 13, N°11, pp 1161-1163

3 - Lavoisier P, Courtois F, Barres D: Correlation between intracavernous pressure and contraction of the ischiocavernosus muscle in man. J Urol 139:396, 1988
4 - Mamberti Dias A, Bonierbale M : Explorations fonctionnelles en sexologie. In : Le Plancher pelvien, Bourcier A (Ed), Paris Vigot, pp 189, 1989
5 - Lavoisier P, Schmidt M, Alaoui R : Intracavernous pressure increases and perineal muscle contractions in response to pressure stimulation of the glans penis. Int J Imp Res, 4 :157,1992

LE COUPLE ET LA CONSULTATION SEXOLOGIQUE

Linda ROSSI

Sexothérapeute

L'objectif de ce travail est de vérifier si les difficultés sexuelles ont un impact sur la relation de couple et d'en mesurer les effets.
Pour cela nous avons pris 24 dossiers de consultation de couple ayant un âge moyen de 38 ans et en relation stable depuis au moins 6 mois.
Les problèmes amenés vont de la chute (ou disparition) de la fréquence des relations sexuelles (12), au troubles de l'érection (9), à la chute du désir sexuel chez madame (8) ou chez monsieur (3), au problème de communication (6), à l'anorgasmie chez la femme (5) jusqu'au problème d'éjaculation précoce (3).
Nous avons appliqué l'approche sexocorporelle lors des problématiques sexuelles et des stratégies inspirées aux approches cognitivo-comportementales lors de difficulté de communication dans le couple.
Le nombre de séances de couple moyen est de 2 et celui de séances en individuel de 4 pour les dames et de 3 pour les messieurs.
Par rapport à l'état initial nous avons constaté qu'il y a eu une augmentation de la fréquence des relations sexuelles (7/12), de la qualité de celles-ci (10), du dépassement du problème sexuel chez 11 hommes (sur 18) et partiellement chez 9 femmes (sur 16).
Dans 7 situations de couple on a pu constater un impact positif de la modification du problème sexuel sur la dimension relationnelle.

MOTS CLÉS :
Problème sexuel, problème relationnel, évaluation sexologique, modification, impact.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :
Guy Corneau, « N'y a-t-il pas d'amour heureux ? »

LES PHÉROMONES HUMAINES ONT-ELLES UN INTÉRÊT PRATIQUE EN SEXOLOGIE ?

Jacques Vergriete

Médecin

Une revue de la littérature, depuis les premières observations, permet de suivre l'évolution de ce concept mi-scientifique mi-journalistique.

L'impact des phéromones sur le comportement sexuel est résiduel. Les études pertinentes demeurent peu nombreuses. Ces molécules sont néanmoins capable de modifier le cycle menstruel, l'ovulation de la femme ainsi que son humeur. Quant à la sexualité c'est une autre affaire.

Deux phéromones sont actuellement commercialisées : l'androsténone et l'androsténol. Elles proviennent des régions axillaires. Elles sont conseillées (par le fournisseur) pour améliorer l'attraction sexuelle. Leurs effets démontrés se résument à des préférences pour des chaises ou des photographies.
L'androsténol est une substance perçue agréablement par la femme. Sa principale propriété est de synchroniser le cycle menstruel. L'androsténone a, par contre, un effet activateur chez la femme et inhibiteur chez l'homme dans le choix de photographies.

C'est au début des années 1960, que Michaël décrit dans les sécrétions vaginales des substances identiques à celles retrouvées dans les sécrétions vaginales du macaque. Ces sécrétions sont connues pour déclencher chez l'animal la monte. L'existence de phéromones humaines prend naissance. Le même auteur, quelques mois plus tard, démontre que les glandes cutanées axillaires de l'Homme sécrètent des stéroïdes. Ces molécules jouent, aussi, chez l'animal le rôle d'attractants sexuels.
Les découvertes ultérieures confirment la réalité d'un système phéromonal humain. Le système olfactif accessoire (ou organe de Jacobson) nécessaire à la reconnaissance des phéromones est fonctionnel chez l'Homme. Il existerait même des liens étroits entre cet organe et le complexe majeur d'histocompatibilité.

La certitude de l' efficacité des phéromones,sur le comportement sexuel est tenace parce qu'il est toujours difficile d'abandonner une idée attrayante. Ce concept relève autant d'un attrait pour un vieux mythe que d'une démonstration scientifique
La relation entre l'olfaction et la sexualité n'est pas une idée récente. En1871 Darwin écrivait « De la descendance de l'Homme », il y attirait,déjà, l'attention sur l'olfaction et la sexualité. A l'origine des cultures historiques, les odeurs appartenaient au monde du sacré. Elles en possédaient le pouvoir, avant d'être une parure et le support de la séduction. Lorsque les hébreux quittèrent l'Egypte, ils emportèrent avec eux le secret des parfums sacrés. Il semble que ce soit eux qui aient développé l'usage des parfums dans la séduction. L'amour humain pouvait s'il était intense et pur se confondre avec l'amour divin.
L'efficacité des phéromones sur le comportement sexuel est, à ce jour, une séduisante hypothèse scientifique non prouvée mais le mythe demeure.

MOTS CLÉS :
Phéromone, comportement sexuel, organe voméro-nasal, androsténone, androsténol.

RÉFÉRENCES :

- Curtis RJ, Ballantine A., Keverne, Bonsall RW et Michael RP.
- Identification of primate sexual pheromones and the properties of synthetic attractants
- Nature (London) 1971 pp 70-87
- Lundstrom JN, Goncalves M, Esteves F, Olsson MJ.
- Psychological effects of subthreshold exposure to the putative human pheromone 4,16-androstadien-3-one.
- Horm Behav. 2003 Dec; 44(5): 395-402.
- Singh D, Bronstad PM.
- Female body odour is a potential cue to ovulation.
- Proc R Soc Lond Biol Sci. 2001 Apr 22; 268 (1469): 797-801.
- Filsinger EE, Braun JJ, Monte WC, Linder DE
- Human (homo sapiens) responses to the pig 'Sus scrofa) sex-pheromone 5 alpha-androst-16-en-3-one.
- J. Comp Psychol. 1984 jun; 98 (2): 219-22

DÉTERMINANTS NEUROBIOLOGIQUES DU COMPORTEMENT SEXUEL

S. WUNSCH

Doctorant, laboratoire de neurobiologie intégrative
École Pratique des Hautes Études

L'objectif de cette recherche est de vérifier si les processus de renforcement sont, chez l'Homme, le principal facteur neurobiologique à l'origine du comportement sexuel.
Il semble qu'un système constitué d'une liaison fonctionnelle entre certaines régions du corps (appelées 'zones érogènes') et les processus de renforcement serait le principal facteur biologique à l'origine de l'apprentissage de la répétition de séquences motrices de stimulation du corps. Exprimé autrement, la stimulation des zones érogènes activerait les processus de renforcement, provoquant ainsi, au niveau psychique, la perception consciente d'une sensation de plaisir érotique, et, surtout, au niveau neurobiologique, la répétition de la séquence comportementale à l'origine de cette activation.

Cette hypothèse est testée à partir, d'une part, d'une analyse de la littérature en neurobiologie, et, d'autre part, d'une enquête par questionnaire. L'objectif de l'analyse de la littérature est double : vérifier chez l'Homme qu'il n'existe aucune organisation neurobiologique *spécifique* du contrôle du comportement sexuel et vérifier l'existence structurelle et fonctionnelle du système constituée par les processus de renforcement associés aux zones érogènes. L'objectif de l'enquête par questionnaire est de déterminer le rôle et l'importance du plaisir érotique dans le comportement sexuel.

Les résultats de l'analyse de la littérature indiquent qu'à ce jour, chez l'Homme, on ne connaît pas d'organisation neurale innée ou instinctuelle, *spécifique*, qui initierait ou qui contrôlerait les séquences motrices de la sexualité. Par contre, l'association fonctionnelle entre les processus de renforcement et les zones érogènes génitales est vérifiée chez les mammifères, tant chez les rongeurs que chez l'Homme. L'analyse de la littérature indique également que les hormones et les phéromones n'auraient, chez l'Homme, qu'une faible influence sur l'aspect *comportemental* de la sexualité. Par contre, les hormones joueraient un rôle majeur dans l'organisation *anatomique* et *physiologique* de l'appareil reproducteur.
Les résultats de l'enquête par questionnaire indiquent que le plaisir érotique provenant de la stimulation, dans l'ordre, des zones génitale, orale, et, parfois, anale, est perçu comme un des principaux facteurs à l'origine du comportement sexuel.

En conclusion, on observe que l'*anatomie* et la *physiologie* de la reproduction sont *innées*, tandis que le *comportement* sexuel serait *acquis*. Des conditions biologiques innées rendraient ainsi hautement probable l'acquisition graduelle de différentes séquences de stimulation du corps, incluant, en raison du caractère hautement érogène (ou renforçant) des organes génitaux, la séquence du coït vaginal, nécessaire à la reproduction. L'ensemble des résultats, tant neurobiologiques que psychiques, indiquent qu'il est fortement probable que les processus de renforcement seraient le principal facteur, chez l'Homme, à l'origine de l'apprentissage de toute la diversité des séquences comportementales regroupées sous la dénomination de 'comportement sexuel'.

MOTS-CLÉS :
Processus de renforcement, zones érogènes, comportement sexuel, apprentissage comportemental, Homme

PRINCIPALES RÉFÉRENCES:

1. Wunsch S, Brenot P. – Neurobiology of pleasure. Sexologies 2004 ; 13(50) : 17-27
2. Wunsch S, Brenot P. – Does a sexual instinct exist ? Sexologies 2004 ; 13(48) : 30-36
3. Crawford LL, Holloway KS, Domjan M. – The nature of sexual reinforcement • J Exp Anal Behav 1993 ; 60(1) : 55-66
4. Holstege G, Georgiadis JR, Paans AM, Meiners LC, Van Der Graff FH, Reinders AA. – Brain activation during human male ejaculation. J Neurosci 2003, 23(27) : 9185-9193

COMMUNICATIONS LIBRES

SALLE 2

Présidents de séance : Catherine Cabanis
Pierre Plante

Analyse des liens entre éjaculation prématurée et fluctuation érectile
Pascal de Sutter

La plainte amoureuse dans les dysfonctions sexuelles
Farida Gayrard / Collectif CIFRES

Du sexe et des lois : quels mythes les soutiennent ?
Myriam Gindt

Place des Thérapies cognitivo- comportementales et de la kinésexologie dans l'impuissance après prostatectomie radicale (étude de 30 cas)
Geneviève Marquat Perronny

Retrouver l'intimité ; méthode Relationship Enhancement
France Sarradon

Cancer de la verge et laser CO2 à partir de 6 cas:
H. Karra, E. Asselborn, F. Fayollet

Troubles de la sexualité déclarés chez les personnes séropositives en France
Résultats de l'enquête ANRS-EN12-VESPA
Anne-Déborah Bouhnik, Marie Preau, Marie-Ange Schiltz, Yolande Obadia

Les zones de la courbe d'excitation sexuelle masculine
François de Carufel

La thérapie corporelle, une médecine de santé
Martine Potentier

ANALYSE DES LIENS ENTRE ÉJACULATION PRÉMATURÉE ET FLUCTUATION ÉRECTILE

Pascal de SUTTER

OBJECTIF :

L'objet de cette présentation est d'évaluer les interactions entre les fluctuations érectiles ou les difficultés érectiles d'un échantillon d'hommes qui souffrent d'éjaculation précoce et qui suivent un traitement par bibliothérapie.

MÉTHODOLOGIE :

Une recherche fut menée par une équipe multidisciplinaire de psychiatres, sexologues et psychologues belges auprès de 117 hommes (âge moyen 39 ans). Les sujets devaient lire un roman de type sexo-informatif spécialement écrit par De Carufel et De Sutter [(1)] pour le traitement de l'éjaculation précoce. Le livre contient des informations sexologiques qui ont démontré leur efficacité dans une recherche précédente (De Carufel, 1996). Les sujets ont été recrutés par une annonce dans un grand quoitidien. Ils ont été choisis et répartis aléatoirement dans différentes cohortes expérimentales. Un groupe contrôle a été utilisé. Les analyses ont été réalisées par programme statistique SPSS 11.0. Les résultats ont été interprétés et discutés par une équipe universitaire multidisciplinaire. L'hypothèse "classique" (avancée habituellemnt par les sexologues) est que si les érections sont moins bonnes l'éjaculation prématurée se produira plus fréquemment.

Résultats: De manière surprenante, il apparaît que la bibliothérapie s'avère plus efficace pour améliorer le problème d'éjaculation précoce parmi les hommes qui reconnaissent avoir quelques fois des difficultés érectiles (83% d'entre eux n'entrent désormais plus dans les critères diagnostics habituels de l'éjaculation précoce contre seulement 48% parmi ceux qui affirment n'avoir jamais de difficultés érectiles).L'hypothèse "classique" ne se vérifie pas mais conduit à élaborer une nouvelle hypothèse que sera discutée.

Conclusion: Les liens entre fluctuations/difficultés érectiles et éjaculation prématurée ne sont donc pas ceux auxquels nous aurions pu nous attendre. Il semblerait que les hommes qui acceptent une plus grande "fluctuation" érectile sont ceux qui peuvent le mieux gérer leur tendance à l'éjaculation prématurée. Cela ouvre de nouvelles perspectives très intéressantes dans la prise en charge des personnes souffrant d'éjaculation prématurée.

MOTS CLÉS :

Dysfonction érectile, fluctuation érectile, bibliothérapie, éjaculation prématurée

BIBLIOGRAPHIE :

- DE SUTTER, P., REYNAERT C.,VAN BROECK, N., DE CARUFEL, F. Traitement de l'éjaculation précoce par une approche bibliothérapeutique cognitivo-comportementale sexologique. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, France, 2002; 12,4,131-136.
- McCARTHY B.W Etiology and Treatment of Early Ejaculation. Journal of Sex Education and Therapy 1994; 20,1:.5-6.
- MURAT BA, ATON A, YILDIZ M, BAYKAM M, AYDOGONEI L. Comparison of sertroline to fluoxetine with regard to their efficacy and side effects in the treatment of premature ejaculation. Archivas espanoles de urologia 1999 52(9):1008-11.

- DE CARUFEL J.F. Comparaison d'un traitement behavorial et d'un traitement sexo-corporel de l'éjaculation précoce. Thèse de doctorat en psychologie. Université du Québec à Montréal. 1996.
- COHEN P.G. Sexual dysfunction in the United States. Journal of American Medical Association 1999; 282:13.

LA PLAINTE AMOUREUSE DANS LES DYSFONCTIONS SEXUELLES

Farida GAYRARD / Collectif CIFRES

Nous distinguons globalement deux entités différentes: la plainte amoureuse et la plainte sexuelle. On peut considérer une dysfonction sexuelle comme une forme d'expression possible de la plainte amoureuse. Or, s'il est aujourd'hui relativement simple d'établir une liste énumérative des différentes dysfonctions sexuelles et de leurs définitions respectives, il est beaucoup moins aisé de définir la plainte amoureuse ou les plaintes amoureuses, en pensant aux différents modes d 'expression de celles-ci, liés à l'histoire de chacun et chacune. Presque immédiatement, d'autres questions sont soulevées : Ces deux plaintes se complètent-elles? S 'opposent-elles ? Sont-elles indépendantes?
Une plainte amoureuse entraîne-t-elle une plainte sexuelle et vice versa ? Autrement dit, est-ce que chaque dysfonction sexuelle spécifique est obligatoirement accompagnée de la même insatisfaction amoureuse ou de la même attente amoureuse déçue? Ou alors une même plainte amoureuse peut-elle engendrer plusieurs dysfonctions sexuelles? Une première lecture de la plainte amoureuse nous fait entrevoir similitudes et différences chez les femmes et chez les hommes; P. BOYESEN nous fournit un cadre pour étudier cette plainte à travers les cinq phases de la vie d'un couple. Ceci nous aide, en thérapie, à évaluer la plainte amoureuse et ses diverses expressions dans les difficultés sexuelles. Enfin nous sommes confrontés à la prise en charge de la plainte affective lors d'une consultation de sexologie: nous vous proposons dans ce travail quelques pistes et points de repère, les difficultés du sentiment amoureux étant sans doute sous-évaluées dans les dysfonctions, que ce soit comme facteur causal ou comme facteur aggravant.

MOTS-CLÉS :
La plainte amoureuse - les dysfonctions sexuelles -relation de couple - mythes amoureux - thérapie

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Comte-Sponville, A. "Petit traité des grandes vertus", auteur:, éd: PUF, collection: Perspectives critiques, Paris 1995.
- Trudel, G.."Les dysfonction sexuelles: évaluation et traitement par méthodes psychologique, interpersonnelle et biologique", éd: presses de l'université du Québec, 2003.
- Watzlawick, P. Ouvrage:" Une logique de la communication", éd: seuil, collection: Points-essais, Paris 1979.

COMMUNICATIONS LIBRES - SALLE 2

« DU SEXE ET DES LOIS : QUELS MYTHES LES SOUTIENNENT ? »

Myriam GINDT

L'approche est épistémologique. Elle met en interaction plusieurs discours, portant sur un savoir en sexologie et a pour but d'ouvrir le champ de la connaissance clinique afin de déboucher sur une meilleure réponse à apporter aux personnes qui consultent. Personnes qui se plaignent, souffrent ou non d'un symptôme sexuel et demandent de l'aide pour se réaliser dans leur vie affective, sexuelle et relationnelle.

- L'intervenant en sexologie écoute la **plainte explicite**, cherche à répondre à la demande, en faisant **disparaître le symptôme** par des **moyens médicochimiques ou techniques**, adaptés à notre époque.
- Il cherche par une **méthode psychoanalytique à lever le symptôme**, en faisant prendre conscience au sujet de sa **plainte implicite**, celle qui l'empêche d'agir comme il l'entend.
- La troisième démarche thérapeutique**, l'analyse systémique**, chercherait à **comprendre la signification du symptôme.** Quel rôle joue le symptôme pour le maintien, la cohésion d'un groupe ? Qu'est – ce qui amène un **système socio-familial** à sacrifier parfois un de ses membres : à l'empêcher de vivre, de s'épanouir, de se reproduire ?

Quelles sont **les règles** en vigueur dans une famille qui empêchent l'exercice ou l'épanouissement de la sexualité? Quelle part donner à l'histoire individuelle ou familiale ? **Histoire réelle ou imaginaire : mythique** ?

Des exemples cliniques illustreront cette approche sexologique où se mêlent troubles physiques, psychiques, relationnelles dans un environnement socio – familial déterminé.

En quoi un adolescent violent, remet – il en cause la pérennité du couple et la sexualité de ses parents ?

Quel lien existe – t'il entre le cancer du sein d'une mère et l'anorgasmie d'une fille ? En quoi la maladie d'une mère morte, interfère – elle dans la vie conjugale de cette fille ?

Quel lien établir entre le rejet d'une greffe rénale chez un jeune homme, son dysfonctionnement érectile et son histoire familiale ?

MOTS CLÉS :
Famille – couple – société – mythe – sexe - sexologie

PLACE DES THÉRAPIES COGNITIVO- COMPORTEMENTALES ET DE LA KINÉSEXOLOGIE DANS L'IMPUISSANCE APRÈS PROSTATECTOMIE RADICALE (ÉTUDE DE 30 CAS)

Geneviève MARQUAT PERRONNY

INTRODUCTION

Après prostatectomie, (avec préservation des bandelettes vasculo nerveuses) ; d'après la communication du Dr E Amar 37 % des hommes ont des troubles d'érection.

ETUDE DE 30 CAS

Tous avaient été pris en charge pour une incontinence urinaire.
Certains ont perdu toute sensibilité génitale ('rétraction de la verge, ils urinent assis ;;)
D'autres présentent une sensibilité génitale, sans orgasme
Ou encore des orgasmes sans érection.
L'ensemble présente une baisse de désir, conséquence d'une absence de plaisir depuis l'intervention.
Certains viennent après avoir abandonné les Injections Intra Caverneuses (I I C).
L'anxiété est pratiquement présente dans tous les cas.
Dans l'ensemble de cette population l'activité sexuelle antérieure ne souffrait pas de trouble d'érection, sauf un patient qui présentait' une (S E P).

OBJECTIFS

Retrouver une vie sexuelle harmonieuse

1 - L'orgasme
2 - L'érection pour des R S

POPULATION ET MÉTHODE

Il s'agit de 30 cas d'impuissance après prostatectomie, n'ayant pas de conflits conjugaux au départ

1er groupe : de 50 à 59 ans (13 sujets)
groupe A (7) avec absence de sensibilité
groupe B (6) avec une sensibilité de 10 à 50 % sans orgasme
2ème groupe : de 60 à 70 ans (17 sujets)
groupe A (7) avec absence de sensibilité
groupe B (10) avec une sensibilité de 10 à 100%

I - LES CRITÈRES

1 - La présence de sensibilité côtée de 0 à 100%
2 - L'orgasme correspondant à 100% de sensibilité
3 - La tumescence de 0 à 100%, l'érection à 100%
4 - L'anxiété côtée de 0 à 8
5 - La prise en charge précoce (3 à 6 mois) ou tardive(à partir de 12 mois)
6 - L'Injection Intra Caverneuse (I I C'° utilisée ou non)
7 - La partenaire (positive négative ou absente)

II - LE PROTOCOLE

Arrêt des R S

Une bonne hygiène de vie

Les thérapies

1 - Approche cognitive

2 - La relaxation

3 - Approche comportementale avec la participation de la partenaire

4 - La périnéologie en paralléle

La faiblesse périnéale entraîne une perte de sensibilité

Prise en charge éventuellement de la partenaire

III - LES RÉSULTATS

1er groupe : (13 sujets de 50 à 59 ans)

groupe A (7) avec une absence de sensibilité

6 ont retrouvé une érection, et 1 échec

groupe B (6) avec une sensibilité de 10 à 50 %

5 ont retrouvé une érection, et 1 échec

2ème groupe : (19 sujets de 60 à 70 ans)

groupe A (6) avec absence de sensibilité

ont retrouvé une érection, et 1 échec

groupe B (13) avec une sensibilité de 10 à 100%

10 ont retrouvé une érection, et 3 échecs

IV - DISCUSSION

L'âge

La sensibilité

L'orgasme

L'érection

Les I I C

La prise en charge

La partenaire

Autres critères

Commentaires au sujet des échecs

V - CONCLUSION

Les thérapies seront d'autant plus efficaces que le couple aura était informé des différentes méthodes pouvant être associées ; toutefois c'est en faisant appel à la T C C et à la Kinésexologie que le couple peut être abordé dans sa globalité, accompagné et guidé au cours du traitement.

Redonner confiance en positivant la moindre amélioration est le meilleur garant de l'attente de l'érection.

L'anxiété doit être neutralisée quelle que soit la méthode utilisée.

Cet échantillon est trop limité pour être validé, mais il permet d'observer les différents facteurs intriqués lors de la prise en charge de l'impuissance après prostatectomie radicale.

MOTS CLÉS :

Prostatectomie, Impuissance, Bulbo caverneux, Thérapie cognitivo comportementale, Kinésexologie

BIBLIOGRAPHIE :

- J.Cottraux. Les thérapies comportementales et cognitives Masson 1999
- Poudat J F Jarousse N. Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles. Masson
- Mamberti Diaz. Réhabilitation fonctionnelle des troubles d'érection

COMMUNICATIONS LIBRES - SALLE 2

RETROUVER L'INTIMITÉ ; MÉTHODE RELATIONSHIP ENHANCEMENT

France SARRADON

1°) LES OBJECTIFS DU TRAVAIL PRÉSENTÉ

Présenter une méthode de travail avec les couples en difficulté, permettant de restaurer rapidement un minimum d'intimité pour que le travail entrepris par ailleurs puisse se poursuivre dans de bonnes conditions (traitement de la sexualité, de la stérilité, entre autres).

Cette méthode a été créée par Louise et Bernard GUERNEY aux USA dans les années 60. Elle est utilisée pour réparer une relation compromise ou développer une relation positive.

2°) LES MOYENS ET LA MÉTHODE DE TRAVAIL UTILISÉS À CETTE FIN

Cette méthode, dans le registre des thérapies brèves, permet aux couples qui traversent des épreuves de renforcer leur relation sur le plan affectif, émotionnel, comportemental, etc… et ce, pour quelque mois ou quelques années.

« Coup de fouet à la relation » (si j'ose m'exprimer ainsi !), elle est aussi apprentissage d'un certain mode d'être en relation.

Basée sur un modèle éducatif, elle ne se présente pas comme cherchant à « guérir », mais à entraîner le couple à « développer des savoir-faire » en matière de communication.

C'est un apprentissage étape par étape, avec des objectifs précis et définis à chaque étape, dans des modalités convenues et en « en temps désigné ».

Le nombre des séances, leur durée (de 50 minutes à 2 heures) et leur fréquence, les objectifs à atteindre sont définis lors de la 1re séance.

Il est fréquent d'observer des améliorations importantes dès les 3 ou 4 premières heures. Le temps moyen pour atteindre les objectifs est de 10 à 20 heures.

3°) VALIDATION DE LA MÉTHODE RELATIONSHIP ENHANCEMENT,

De nombreuses études aux USA confirment la validité et l'utilité de cette méthode. Vous en trouverez une liste exhaustive dans le livre de Rob Scuka cité en références.
L'étude de Giblin, Sprenkle et Sheehan en 1985 porte sur des milliers de couples et en comparaison avec une douzaine d'approches thérapeutiques. Elle valide cette méthode comme une des plus performantes.
L'étude de Guerney, Vogelson et Coulaf en 1983 montre un très bon maintient des résultats 6 mois après la fin des séances.

C'est aussi notre pratique qui nous permet de valider cette méthode et son utilisation avec des personnes de tous milieux et toutes conditions.
Elle est particulièrement bien acceptée par les rebelles à l'introspection.

4°) LES PRINCIPES OPÉRANTS EN RELATIONSHIP ENHANCEMENT,

RE prend appui sur les principes et pratiques des grands courants en thérapies psycho-dynamiques, humanistes, comportementales, interpersonnelles (systémique, constructivisme).

Ce qui est novateur c'est le processus mis en place.

Basé sur l'apprentissage de 9 savoir faire, l'enseignement aux couples se fait au travers d'un entraînement minutieux, des séances de pratique, du feed-back et des renforcements.
La manière de s'écouter et de se dire a une importance de premier rang. Ainsi que l'articulation entre l'écouté et le dit.

RE a été conçu pour produire des changements en synergie à des niveaux multiples : cognitifs, affectifs, comportementaux.

RE est utilisé et enseigné par des professionnels qui ont été formés supervisés et certifiés.
Il existe un processus de formation et de certification en France pour les professionnels.

MOTS CLÉS :
Couple, relation, intimité, Relationship Enhancement, Thérapie brève

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Guerney, B.G.,Jr *Relationship Enhancement,: Skills Training Programs for Therapy, Problem Prevention, and Enrichment.* San Francisco, Jossey-Bass, Inc., 1977.
- Rober F. Scuka *Relationship Enhancement Therapy*: A Guide to Highly Effective Couples Therapy. Routledge, 2005

CANCER DE LA VERGE ET LASER CO2 À PARTIR DE 6 CAS.

H. KARRA, E. ASSELBORN, F. FAYOLLET

OBJECTIFS :
Étudier l'intérêt de l'exérèse avec le laser CO2 dans le dépistage, le diagnostic et le traitement des cancers de la verge.

MATÉRIEL ET MÉTHODE :
Il s'agit d'une étude rétrospective, à partir de 6 cas de tumeurs de la verge collectés au service d'Urologie au CH de Bourg en Bresse colligés sur une période de 5 ans de janvier 2000 jusqu'en décembre 2005, parmi 20 cas d'exérèse au laser CO2 pour lésions suspectes de la verge. L'âge moyen de nos patients était de 65.66 ans avec des extrêmes allant de 46 à 82 ans. : Les antécédents de nos patients étaient un phimosis (3 cas), un lichen scléro-atrophique (2 cas), un condylome vénérien (1 cas) et notion de tabagisme (1 cas). Le siège de cette tumeur était au niveau du gland dans 4 cas au niveau du sillon balano-prépucial (1 cas), au niveau du prépuce (1 cas) et au niveau du corps de la verge (1 cas).
Au total : 5 patients étaient posthectomisés avant traitement.
L'examen anatomo-pathologique du produit de la résection a montré qu'il s'agissait d'une tumeur spinocellulaire dans 4 cas, d'un carcinome épidermoïde de l'urèthre bulbo-membraneux dans 1 cas, une érythroplasie de Quérat dans 1 cas et d'une dysplasie sur lichen scléro-atrophique du prépuce dans 1 cas.

RÉSULTATS :
L'exérèse au laser a été un traitement suffisant dans 4 cas où la tumeur est classée superficielle, de faible risque, avec une bonne cicatrisation et reprise d'une activité sexuelle normale voire améliorée (pTa, pT1, G1, G2.: Un patient qui a développé une sténose du méat urétral dilatée au béniqué.

L'exérèse a été suivie d'une amputation de la verge avec un curage ganglionnaire bilatéral superficiel puis profond avec complément de radio-chimiothérapie pour un cas de tumeur infiltrante de la verge avec métastases ganglionnaires (pT2N3G3M0) (ce patient est en rémission complète depuis 11 mois) et pour le cas de tumeur de l'urèthre bulbo-membraneux envahissant les corps caverneux et spongieux. Le laser n'a servi qu'au diagnostic et le traitement a été une émasculation orchidopexie gauche et une cystoprostatectomie avec dérivation type Bricker. Ce patient est décédé 5 mois après la chirurgie.

CONCLUSION :
On recommande d'utiliser l'effet bistouri laser CO2 pour dépister précocement le cancer de la verge parmi les lésions persistantes de la verge. Il s'agit d'un traitement suffisant d'une tumeur superficielle avec marge de négativité (au moins 5 mm) avec de bon résultat esthétique, bonne hémostase et reprise d'une activité sexuelle normale et rapide.

MOTS CLÉS :
Laser CO2 - cancer de la verge - amputation - émasculation pour cancer de la verge.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Kroon B.K., Horenblas S., Nieweg OE. : Less mutilating trêtment of penile carcinoma. Ned Tijdschr Geneeskd.2005 oct 29 ; 149(44) : 2446-9.
- Doehn C., Baumgartel M., Jocham D. : Surgical therapy of penis carcinoma. Urologe A. 2001 Jul ; 40 (4) : 303-7
- Minhas S., Kages O., Hegartz P., Yumarp., Freeman A., Ralph D. : What surgical resection margins are required to achieve oncological control in men with primary penile cancer ?. BJU Int. 2005 nov ; 97 (7) : 1040-3.
- Lesourd A. Anatompo-pathologie des tumeurs malignes du pénis. Prog. Urol. 2005 ; 1502 : 801-804.
- Anidjar M., Cussenot O., Ravery V., Teillac P., Le Duc A., Boccon-Gibod L. Le rôle du laser en Urologie.Prog. Urol. 1995 ; 5 : 175-193.

TROUBLES DE LA SEXUALITÉ DÉCLARÉS CHEZ LES PERSONNES SÉROPOSITIVES EN FRANCE - RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ANRS-EN12-VESPA

Anne-Déborah BOUHNIK, Marie PREAU, Marie-Ange SCHILTZ, Yolande OBADIA

INTRODUCTION :

L'avènement des multithérapies a bouleversé les perspectives de vie des personnes séropositives, induisant des retentissements sur leur vie sexuelle. Si d'une part les traitements peuvent redonner désir et forme physique pour réengager une vie sexuelle active, ils peuvent également se traduire par des troubles et des difficultés en raison des effets secondaires qu'ils entraînent. L'objectif de cette étude est d'étudier les troubles de la sexualité chez les patients recevant un traitement antirétroviral.

MÉTHODES :

L'enquête ANRS-EN12-VESPA, menée en 2003 auprès d'un échantillon représentatif de la population séropositive suivie en milieu hospitalier, avait pour objectif de décrire les conditions de vie des personnes séropositives. Des questions renseignaient sur la sexualité des patients et sur les effets secondaires des traitements. Enfin, une question générale portait sur l'existence de troubles de la sexualité au cours des 4 dernières semaines. Nous avons sélectionné pour cette analyse les personnes recevant un traitement antirétroviral, et ayant déclaré une activité sexuelle dans les 4 dernières semaines. Afin de prendre en compte l'hétérogénéité des personnes, les répondants ont été classés en 7 catégories : les homosexuels masculins, et chez les hommes et les femmes, les injecteurs ou ex-injecteurs de drogue intraveineuse, les hétérosexuels(lles) né(e)s en France, les hétérosexuel(lles) migrant(e)s. Les patients ayant déclaré avoir ressenti des troubles de la sexualité ont été comparés aux autres patients et un modèle logistique a permis de mettre en évidence les facteurs indépendamment associés au fait de ressentir des troubles de la sexualité.

RÉSULTATS :

Parmi les 2932 patients inclus dans VESPA, 1343 patients déclaraient recevoir un traitement antirétroviral et avoir été sexuellement actifs au cours des 4 dernières semaines. Il s'agissait pour 47% d'homosexuels masculins, pour 10% d'usagers ou ex-usagers de drogue intraveineuse, pour 15% d'hommes hétérosexuels nés en France, et pour 6% d'hommes migrants. Les femmes représentaient un patient sur cinq avec 4% d'usagères ou ex-usagères de drogue intraveineuse, 11% d'hétérosexuelles nées en France et 6% de migrantes.

Concernant l'activité sexuelle, 44% des patients avaient eu entre 1 et 4 rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines, 20% en avaient eu de 5 à 8, 19% entre 9 et 12 et 17% en déclaraient plus de 12.

Au total, 447 patients (33%) déclarent avoir eu des troubles de la sexualité ; cette proportion est d'autant plus importante qu'ils déclarent une faible activité sexuelle, en revanche aucun facteur lié à la maladie n'était associé. Les homosexuels, les usagères ou ex-usagères de drogue et les femmes migrantes déclaraient significativement plus de troubles que les autres patients avec respectivement 36%, 44% et 42% de troubles. Ces différences disparaissent lorsque l'on prend en compte un certain nombre de paramètres liés au vécu de la séropositivité. Un modèle multiple ajusté sur la fréquence des rapports sexuels montre en effet que les personnes ayant un réseau VIH étendu (au moins 5 personnes), les personnes ayant souffert de discriminations liées au VIH de la part de leurs amis et/ou de la part de partenaires sexuels déclaraient significativement plus de troubles de la sexualité que les autres patients.

En plus de ces facteurs, souffrir de lipodystrophies, ainsi que percevoir les effets secondaires des traitements comme très gênants étaient également indépendamment associés à plus de troubles de la sexualité.

CONCLUSIONS :
Aucun facteur lié à la sévérité de la maladie n'intervient dans les troubles autodéclarés de la sexualité, en revanche le vécu du traitement et de la maladie y sont associés. Un soutien psychologique visant à améliorer le vécu de l'infection à VIH, et plus particulièrement l'impact des traitement en termes d'effets secondaires perçus pourrait avoir un impact positif sur le vécu des troubles sexuels.

Les zones de la courbe d'excitation sexuelle masculine

François DE CARUFEL

1) INTRODUCTION

Masters et Johnson (1966) ont fait oeuvre de pionniers en décrivant les réactions physiologiques de l'homme et en synthétisant en une courbe des milliers de cycles de réponse sexuelle masculine. Ces avancées remarquables ont toutefois eu comme effet de ralentir la recherche dans le domaine.

La courbe de Masters et Johnson recèle deux lacunes importantes. La première est qu'elle laisse croire que toutes les courbes sexuelles suivent le même cours alors que chacune est différente en termes de d'intensité, de durée, de parcours et de contenu expérientiel. La seconde est que cette courbe ne procure pas de points de repères suffisamment précis pour permettre à l'homme de gérer sa tension sexuelle.

2) OBJECTIFS

Afin de combler ces lacunes, l'auteur de cette présentation recommande de concevoir chaque expérience sexuelle comme un phénomène unique dont le déroulement suit un tracé qui lui est propre. Deuxièmement, s ur le plan physiologique, il suggère de diviser la courbe d'excitation sexuelle de l'homme en quatre zones : la zone d'apparition et de disparition de la vasocongestion, la zone de modulation de l'excitation, la zone de l'imminence éjaculatoire et la zone de l'éjaculation. La zone d'éjaculation se divise à son tour en deux sous-zones à savoir celle du réflexe d'émission et celle du réflexe d'expulsion. Troisièmement, il propose d'accompagner la courbe physiologique d'une seconde courbe reflétant le développement de l'activation émotionnelle sexuelle concomitante à cette activation physiologique.

3) RÉSULTATS

Les sexologues peuvent utiliser cette schématisation en zones pour effectuer l'évaluation des activations physiologiques et émotionnelles sexuelles de leurs patients et leurs procurer de l'information sur la sexualité. Ils peuvent, par exemple, leurs demander de dessiner le parcours physiologique et émotionnel de quelques unes de leurs expériences sexuelles et ensuite réfléchir avec eux sur les comportements et les processus cognitifs qu'ils emploient à l'intérieur de chaque zone. Cet outil supplémentaire aide les cliniciens à parfaire leurs diagnostics et à raffiner leurs interventions thérapeutiques.

Quant aux hommes, l'identification des réactions physiologiques propres à chaque zone ainsi que des impressions subjectives qui les accompagnent - associée à la maîtrise d'habiletés corporelles et l'utilisation de processus cognitifs - leurs permet d'exercer une influence sur le cours de leur tension sexuelle et de solutionner des dysfonctions sexuelles telles que l'éjaculation précoce, l'anéjaculation ou les troubles érectiles.

4) CONCLUSION

La conceptualisation de la tension sexuelle comme une double activation - physiologique et émotionnelle - de même que la subdivision de la courbe d'excitation sexuelle de l'homme en zones distinctes permet de mieux comprendre le fonctionnement sexuel humain et d'améliorer le vécu sexuel des couples.

MOTS CLÉS :
Courbe d'excitation sexuelle, Zones, Homme, Tension sexuelle, Dysfonctions sexuelles

RÉFÉRENCES

- De Carufel, F. et Trudel, G. (2006). Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. Journal of Sex & Marital Therapy, Vol 32, No 2, 97-114.
- De Carufel, F. (1990). L'approche sexo-corporelle et la fonctionnalité sexuelle. Cahiers des Sciences Familiales et Sexologiques, Vol 13, 109-119.
- Masters, W.H. et Johnson, V.E. (1966). Human Sexual Response. Boston, Little Bown.
- **Rosen, C.R. et Beck, G. (1988). Patterns of sexual arousal. Psychophysiological processes and clinical applications. New York, The Guilford Press.**

LA THÉRAPIE CORPORELLE, UNE MÉDECINE DE SANTÉ

Martine POTENTIER

Comment passer du symptôme, qui est un appel au secours, un appel au soin, et demande une prise en charge ; à la prise en charge de son bien être par le patient, première marche vers le plaisir et le désir.

Circonscrire la pensée envahissante, car déconnectée du ressenti ; rééduquer le comportement, calmer l'esprit en apprenant à prendre soin de soi, de façon adaptée à sa vie.

Recentrer le patient, sur son corps senti, lui offrir un cadre pour vivre son corps, hors du processus mental habituel et le ressentir sans angoisse sexuelle.

Dans ce contexte très particulier de la proximité du corps, le cadre thérapeutique et la protection qu'il offre, doit être respecté avec rigueur.

Il ne convient pas d'entrer en symbiose avec l'imaginaire érotique du patient. Pour cela, plutôt que de donner des images, il est préférable de susciter leur émergence. Le soignant aura à recevoir l'imaginaire du patient et à le replacer dans l'analyse des symboles qu'ils expriment.

Le processus thérapeutique permettra au patient de verbaliser les sensations, de prendre acte des changements et de les intégrer dans une prise de conscience qui approfondira sa compréhension de lui-même.

Les repères et les savoirs faire corporels acquis au cours de l'apprentissage donnent des clés au patient, pour qu'il retrouve son autonomie.

Résumés des posters

POSTER

APPROCHE SEXOCLINIQUE DU VAGINISME

Isabelle CHAFFAI

Sexologue clinicienne et psychothérapeute

Au cours de mon travail de sexologue clinicienne sexothérapeute, je suis amenée à traiter des cas de vaginisme. La clinique m'a amené à traiter et distinguer deux types de vaginisme:
• ÿ Le vaginisme dit phobique
• Le vaginisme dit d'angoisse (fusionnel)
Qu'est-ce qui les distingue?

DEFINITION

Le vaginisme phobique est une contraction du périnée et des muscles entourant le vagin dans presque toutes circonstances (pénétration d'un doigt, pénétration du pénis tampon, examen gynécologique). Cette difficulté est associée à une peur, une phobie d'être pénétrée, et souvent une grande peur de la douleur. L'objet de la peur est la pénétration. Elle refuse le pénis. Tout ce qui peut entrer dans le vagin pose problème.

Le motif de la consultation est souvent pour finaliser un projet de couple et faire plaisir à son partenaire, voir ne pas le perdre.

Le vaginisme d'angoisse est une contraction du périnée et des muscles entourant le vagin lors de la pénétration du pénis. L'examen gynécologique est souvent possible, la pénétration d'un doigt aussi, mais la pénétration du pénis est impossible parce que le problème est en lien avec la peur de la grossesse et de l'enfant. Tout ce qui peut sortir du vagin pose problème.
La femme vit une angoisse (qu'elle n'arrive pas à définir) en lien avec son intériorité, sa réceptivité.

Le motif de la consultation est souvent lié à un désir de grossesse du couple ou du mari.

Nous présenterons une évaluation des différentes composantes de la sexualité, les objectifs et moyens thérapeutiques proposés au regard de cette évaluation.

Nous dégagerons l'importance des critères qui nous permettent de faire un diagnostic différentiel , et qui sont extrêmement importants pour construire une sexothérapie efficace.

Notre travail clinique nous permet d'affirmer qu'avec toute la précision d'une bonne évaluation le traitement du vaginisme est très efficace.

Les résultats de notre sexothérapie vont même au-delà de la demande initiale (c'est-à-dire pouvoir vivre la pénétration). La femme apprend à se connaître génitalement s'investit dans sa sexualité en ayant découvert le désir sexuel coïtal et le plaisir sexuel.

POSTER

PHALLOPLASTIE PAR LAMBEAU ANTÉ-BRACHIAL TUBULÉ

A. LERICHE

PU-PH Urologie Andrologie

La création d'une verge dans le cas du transsexuel femme-homme ou dans les cas d'absence de verge par amputation pour cancer, amputation traumatique, état inter-sexué, nécrose par maladie de Fournier, extrophie vésicale, oblige à choisir un lambeau qui peut être abdominal ou inguinal mais aussi qui peut être un lambeau libre transféré avec la totalité de son système vasculo-nerveux.
Ce lambeau anté-brachial décrit par CHAN (Shangaï) dans le cadre des cancers de verge amputée est beaucoup plus fin que les autres et donne un meilleur aspect esthétique. Il est beaucoup plus compliqué. Il faut prélever un lambeau cutané aponévrotique sur l'avant-bras dont l'individu se sert le moins, habituellement le gauche. Après décollement de ce lambeau on prélève le nerf radial, les veines céphaliques, les nerfs musculo-cutanés en ayant pris soin de vérifier que l'artère humérale faisait bien la suppléance. Ce lambeau est enroulé sur lui-même sur une sonde uréthrale pour la portion la plus longue et la moins large après désépidermisation d'une bande et enroulé sur lui-même avec la possibilité d'introduire directement une côte ou une prothèse pénienne. Ce lambeau libre est transféré au niveau des organes génitaux, l'artère radiale sur l'artère épigastrique, les veines céphaliques sur la veine saphène, les nerfs musculo-cutanés sur le nerf clitoridien ou le nerf de la verge restant. La prise du lambeau sur le bras est couverte par une greffe cutanée prise habituellement sur la cuisse. La cicatrisation prend en général trois semaines.

MOTS CLÉS :
Phalloplastie – transsexuel – lambeau anté-brachial

POSTER

TRAITEMENT PERCUTANÉ DE LA MALADIE DE LA PEYRONIE

DE LERICHE

Sous anesthésie locale : dilacération à l'aiguille ou section à la serpette de la plaque

Cette technique découle de celle employée par les chirurgiens de la main dans le traitement de la maladie de DUPUYTREN. Après avoir utilisé une anesthésie par bloc pénien, on utilise maintenant simplement une anesthésie locale en regard de la plaque. La première technique consiste donc à enfoncer une aiguille de gros calibre dans la plaque et à la dilacérer en faisant des mouvements d'avant en arrière et surtout de bas en haut de façon à sectionner cette plaque. Le geste est donc purement tactile car l'on perçoit le craquement de la plaque.
La deuxième technique consiste à sectionner cette plaque avec un bistouri serpette après une petite incision de la peau et du corps caverneux en regard de la plaque. Introduction d'une serpette et section de la plaque par des mouvements transversaux jusqu'à ce que l'on perçoive très bien la rupture de la plaque. Cette deuxième technique se fait alors plutôt sous garrot et érection artificielle par vacuum. Elle est bien sûr un peu plus agressive que la précédente. Il suffit de fermer le corps caverneux et la peau par un point et de mettre un petit pansement compressif.
On ne peut guère faire un contrôle immédiat par vacuum dans cette deuxième technique alors qu'il est possible dans la première.
Les indications sont bien sûr les déformations de la verge importante, empêchant l'intromission avec disparition de la douleur donc stabilisation de la plaque.

MOTS CLÉS :
La Peyronie – Déviation – Section plaque

POSTER

CRÉATION D'UNE STRUCTURE DE SEXOLOGIE DANS LES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX D'UN CONSEIL GÉNÉRAL.

Marie-Laure GAMET

Médecin sexologue

En 2004, le service de la Solidarité Départementale de la Marne (Conseil Général) se dote d'une Cellule Départementale d'Accompagnement en Sexologie (CDAS).

OBJECTIFS :

Les objectifs de cette structure portent sur les trois niveaux de prévention primaire, secondaire et tertiaire :

- Intégrer la sexualité dans les actions sociales et médicales menées dans un conseil général (PMI, services sociaux)
- Prévenir des comportements de violences sexuelles
- Prendre en charge des victimes d'abus sexuels
- Prendre en charge des agresseurs sexuels.

Ces objectifs visent une population jeune dont les jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

MOYENS ET MISSIONS :

Ces moyens sont essentiellement humains : les personnels ayant reçu une formation de 120 heures en éducation sexuelle, un médecin de PMI diplômé de sexologie. La CDAS s'appuie sur l'ensemble du personnel médico-social du conseil général pour assurer le « repérage » des situations de potentielle difficulté sexuelle.
Un partenariat a également été développé avec les maisons d'enfants, les magistrats, la PJJ, les pédo-psychiatres, les psychologues.

MÉTHODE DE TRAVAIL :

La première action a porté sur la sensibilisation du personnel concerné. L'approche adoptée, dite intégrative, prend en compte les aspects indissociables biologiques, psychologiques, sociaux de chaque individu pour évaluer la sexualité. Le personnel s'autorise désormais à évoquer la sexualité des personnes : ce n'est plus uniquement une dimension personnelle ou familiale chargée d'émotion sur laquelle on ne peut intervenir.
La CDAS assiste le personnel pour proposer une aide adaptée à chaque situation.

Le travail repose sur une prise en charge centrée sur l'éducation sexuelle, de type information, conseil ou thérapie. **L'éducation sexuelle** est utilisée de façon adaptée à la personnalité, au développement psycho-sexuel des personnes, à leur histoire. Elle tient particulièrement compte de la notion d'attachement insécure pendant l'enfance ; elle vise à rassurer les jeunes sur leur capacité à aimer, à être aimé et à s'aimer en leur donnant un savoir, un savoir-faire et un savoir-être pour ce domaine de la sexualité. L'éducation sexuelle doit être intégrée dans la mission globale de prévention du personnel formé à cette fin.
Les cas plus difficiles, tels des jeunes agresseurs sexuels ayant recours à la violence ou des jeunes victimes d'abus sexuels, révélant dans les deux cas un mal-être, sont pris en charge par le médecin sexologue.

RÉSULTATS :
Cette mise en place a pris du temps car il y avait une difficulté à parler de sexualité pour les professionnels de terrain mais aussi pour la hiérarchie d'un conseil général.
Le développement de la CDAS est majeur en thérapie : la sensibilisation du personnel a été efficace et a révélé le besoin de travailler sur la sexualité. La moyenne mensuelle de prises en charge lourde est actuellement de 50 consultations. Ce travail fait l'objet d'une double évaluation par le sexologue et les professionnels de terrain concernant le comportement global et le comportement sexuel.
Le travail de prévention secondaire n'est pas mené à une échelle satisfaisante, en raison du déficit de travailleurs sociaux formés en éducation sexuelle ; pourtant lui seul peut permettre de réduire les situations relevant de prise en charge lourde. Il est prévu en 2006 de renforcer la formation des travailleurs sociaux du département afin d'augmenter le nombre d'acteurs de la CDAS en prévention secondaire.
Les premiers éléments d'évaluation tendent à montrer l'intérêt d'une telle démarche de prévention et de soins.

MOTS CLEFS :
Education sexuelle, conseil général, prévention, abus sexuel

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :
- CYRULNIK B. : Le murmure des fantômes, Odile Jacob, 2002
- BERGER M. : L'échec de la protection de l'enfance. Dunod, 2003
- TREMBLAY R. : Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels tome 1- Toulouse-Erès Ed.1998

POSTER

QI GONG SEXUEL (Hui Chun Gong)

Martine POTENTIER

Masseur-Kinésithérapeute D.E.

Dans le cadre de notre pratique, nous avons été amené à chercher des savoirs, dans des traditions qui enseignaient leurs connaissances de la sexualité. Ce que je vous présente ici, vient de la tradition chinoise, il faut dire tout de suite que pour les Chinois, l'énergie sexuelle est une énergie fondamentale, faisant partie intégrante de la santé de l'être humain.

Le **Qi Gong** est une pratique du corps qui permet d'allier, le mouvement, la respiration, l'orientation et le sens du geste. Cela développe la concentration de l'esprit, l'habileté corporelle. C'est une technique d'éducation psycho-corporelle. Son but est d'entretenir l'énergie de vie, afin qu'elle ne se détériore pas à force de déséquilibres.

Le **Hui Chun Gong**, ou « Qi Gong pour le retour du printemps », est une pratique pour *équilibrer* et *renforcer la capacité sexuelle*. Il rassemble un certain nombre d'exercices sélectionnés parmi les meilleurs de ceux pratiqués par les empereurs Chinois, tenus de satisfaire leurs nombreuses concubines, malgré leur vie dissolue.

« Les trois cercles », « le fleuve s'ouvre et se ferme », « les vagues de la mer agitée »…. Autant de titres de mouvements qui parlent à notre imagination et de façon synthétique, nous orientent vers le sens du mouvement dès l'apprentissage. Nous évitons ainsi l'écueil de la « gymnastique » réductrice à un mouvement, alors qu'il s'agit de nourrir le pratiquant, pour que cela éveille en lui des mémoires enfouies et qu'il vive des ancrages positifs. Il pourra ainsi refaire des liens, entre les différents niveaux de conscience, que sont les mémoires corporelles, émotionnelles et affectives, et ainsi faire sienne les images symboliques proposées.

MOTS CLÉS :
Santé, concentration, énergie sexuelle, éducation psycho-motrice, images

RÉFÉRENCE :
A la découverte du Qi Gong , Yves Réquéna, Ed: Guy Trédaniel

NOTES

NOTES

NOTES

Liste des participants

Abassi Olfa
Secteur 38G05
CHS de Saint-Egrève
3, rue de la Gare
BP 100
38120 SAINT-EGREVE Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 76 56 43 53
Fax : +33 (0)4 76 56 45 51
E-mail : olfa.abassi@caramail.com

Aeschbach Hervé
Fight Aids Monaco
72, boulevard d'Italie
BP 711
98014 MONACO Cedex – MONACO
Tél. : +377 97 98 11 34
Fax : +377 97 70 76 96
E-mail : herve.aeschbach@fightaidsmonaco.com

Airault-Leman Anne-Marie
Cabinet médical
27, rue du Clos Londeix
87000 LIMOGES – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 55 50 07 07
E-mail : am.airault@wanadoo.fr

Akretche Rabah
Cabinet de dermatologie
Rue Khemisti
AL-15000 TIZI-OUZOU – ALGERIE
Tél. : +213 26 22 21 75

Alessandri Joëlle
8, rue Peiresc
83000 TOULON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 94 92 79 47
Fax : +33 (0)4 94 92 40 56

Alexandre Benjamin
Cabinet médical Alexandre-Buvat-Lemaire
Résidence Ile au bois le grand Hunier
3, rue Carolus
59000 LILLE – FRANCE

Amadieu Elisa
36, rue Jeanne Hachette
69003 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 53 14 02
E-mail : amadieu.elisa@wanadoo.fr

Amand Michel
Société sexologues universitaires de Belgique
62, rue de Tervaete
B-1040 BRUXELLES – BELGIQUE
E-mail : michel.amand@chello.be

Amar Jean-Luc
Agence Presse Epoque
5, boulevard Cristol
13012 MARSEILLE – FRANCE
Fax : +33 (0)4 91 49 65 86
E-mail : epoque1@voila.fr

Amat Christiane
DPMIS
Conseil Général des Bouches du Rhônes
83, avenue de Marseille
13127 VITROLLES – FRANCE

Ancel Patricia
265, avenue des Etats du languedoc
Bureaux du Polygone
34000 MONTPELLIER – FRANCE

Angelloz-Pessey Karine
CEPF
7, rue des Papetiers
01200 BELLEGARDE SUR VALSERINE – FRANCE

Anido Ramon
72, rue de Paris
93260 LES LILAS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 48 97 12 19

Aouizerate Hubert
173, chemin de l'Oule
Clos Montolivet - Villa 2
13012 MARSEILLE – FRANCE
E-mail : h.a2@free.fr

Arnaud-Beauchamps Nicole
Cabinet médical
32, avenue du Général Leclerc
17000 LA ROCHELLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 46 67 89 67
Fax : +33 (0)5 46 67 89 67
E-mail : nicoleab@ifrance.com

Arnoulet Bertrand
15, cours Joseph Thierry
13001 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 11 47 70
Fax : +33 (0)4 91 11 47 79
E-mail : bertrand.arnoulet@santesurf.com

Asscheman Henk
Valeriusstraat 4 HS
NL-1071 MH AMSTERDAM –
THE NETHERLANDS
Tél. : +31 20 6767 245
E-mail : h.ajap@worldonline.nl

Atallah Sandrine
25, rue Marius Aufan
92300 LEVALLOIS-PERRET – FRANCE
E-mail : sandrine_godgave@hotmail.com

Aubry Michel
2, rue de Breteuil
13001 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 55 63 46
Fax : +33 (0)4 91 33 76 09
E-mail : m.aubry3@wanadoo.fr

Auquier-Delerue Sophie
19, rue de Noyelles
59267 PROVILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 27 83 25 93

Auragnier Judith
Hameau des Bastides
447, chemin des Terres Blanches
06600 ANTIBES – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 93 95 08 19
E-mail : labastide06@hotmail.com

Auzanneau Charlotte
Service urologie
CHU Bretonneau
2, boulevard Tonnellé
37044 TOURS Cedex 1 – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 47 47 47 47
Fax : +33 (0)2 47 51 14 87
E-mail : charlotteauzanneau@free.fr

Ayach Jean-Paul
3, rue de la Poulaillère
34920 LE CRES – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 70 34 50
E-mail : docaya@wanadoo.fr

Baccigalupo Muriel
24, avenue Bouisson Bertrand
34090 MONTPELLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 02 45 33
E-mail : mbacci@club-internet.fr

Bacherot Emilie
51, rue Vauvenargues
75018 PARIS – FRANCE
E-mail : amilie_bacherot@hotmail.com

Bailleux Céline
EPSM de Bailleul
790, route de Locme
59270 BAILLEUL – FRANCE
E-mail : etuomidate@aol.com

Ballot Michel
191, rue de la Carnoy
59130 LAMBERSART – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 22 87 50
Fax : +33 (0)3 20 22 87 50
E-mail : michel.ballot@wanadoo.fr

Barbaro Albert
Centre Mieux Vivre
91, rue Saint Lazare
75009 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 40 71 65 99
E-mail : a.barbaro@wanadoo.fr

Barbusse Elisabeth
Conseil Général du Gard
3, rue Guillemette
30044 NIMES Cedex 9 – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 66 28 10 26

Barquero Fernando
Centre Hospitalier du Haut-Bugey
BP 818
01108 OYONNAX Cedex – FRANCE

Bartolo Karine
Service Professeur Lançon
CHU Sainte Marguerite
270, boulevard de Sainte Marguerite
BP 29
13009 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 74 60 23
E-mail : karine.bartolo@mail.ap-hm.fr

Baudouin Françoise
3, rue Alsace Lorraine
12100 MILLAU – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 65 61 09 44
E-mail : docteur.baudouin@wanadoo.fr

Bel Angela
92, traverse Prat
13008 MARSEILLE – FRANCE
E-mail : angelabelleal@hotmail.com

Bellin Jacques
1, rue du Lieutenant Soufflay
94210 SAINT HILAIRE – FRANCE

Ben Naoum Kamel
Service du Professeur Costa
CHU Carémeau
Place du Professeur Robert Debré
30029 NIMES Cedex 9 – FRANCE
E-mail : kamelbennaoum@yahoo.fr

Benhaïm René
Le Pontet
33390 EYRANS – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 57 64 71 71
E-mail : rbenhaim002@cegetel.rss.fr

Benillouche Willy
42, square des Côteaux
95130 FRANCONVILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 34 14 11 21
Fax : +33 (0)1 34 14 50 55
E-mail : willy.benillouche@wanadoo.fr

Berdougo Charles
Centre médical Molière
30-34, rue Vacheresse
77400 LAGNY SUR MARNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 60 07 00 87
Fax : +33 (0)1 64 30 67 68
E-mail : c.berdougo@wanadoo.fr

Berger Françoise
CHIC de Cornouaille
11, rue Marie Curie
29000 QUIMPER – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 98 52 25 71
E-mail : f.berger@ch-cornouaille.fr

Berges Marie-Laure
36, avenue Foch
40110 MORCENX – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 58 07 99 31
E-mail : marielaure.berges@wanadoo.fr

Bernard Annic
185, rue de la grande Charrière
69730 GENAY – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 91 78 78

Bertal Michel
60, rue de la Chaussée d'Antin
4e étage
75009 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 40 82 96 90

Bertaud Jean-Pierre
119, rue Garibaldi
69006 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 24 33 07

Bertone Hélène
Hôpital de Sainte-Marguerite
BP 29
13274 MARSEILLE Cedex 9 – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 54 19 72
E-mail : helene.bertone@club-internet.fr

Besancenot Marie
112, rue Bossuet
69006 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 52 59 79
Fax : +33 (0)4 78 85 86 87

Bessis Serge
Cabinet médical
Espace Carnot Forbin - 2e étage
8, rue Condorcet
13100 AIX EN PROVENCE – FRANCE
Tél. : +33 (0) 42 96 49 38

Beudot Cécile
17, rue du Cuisinier
B-1420 BRAINE L'ALLEUD – BELGIQUE
Tél. : +32 238 758 88
Fax : +32 238 758 88
E-mail : cbeudot@hotmail.com

Bibollet Dominique
7, boulevard du Lycée
74000 ANNECY – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 50 57 47 63
Fax : +33 (0)4 50 67 64 87
E-mail : docteur-bibollet@wanadoo.fr

Bijaoui Sylvie
4, place Gustave Rivet
38000 GRENOBLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 76 12 16 00
Fax : +33 (0)4 76 12 16 06

Birot Jean-Luc
Cabinet médical Birot, Castagne, Peyronnin
1, allée des Charmes
33210 CASTETS EN DORTHE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 62 82 15

Bitar Farès
Cabinet médical
3, rue Aristide Briand
37300 JOUE-LES-TOURS – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 47 67 16 61
E-mail : bitar.fares@wanadoo.fr

Blachère Patrick
3, place du Revard
73100 AIX LES BAINS – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 79 88 32 93
Fax : +33 (0)4 79 61 34 31
E-mail : blachereaix@wanadoo.fr

Boda-Buccino Mireille
Cabinet médical
2, boulevard Jean Jaurès
06300 NICE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 93 80 40 31
Fax : +33 (0)4 93 55 21 01
E-mail : mibudo@wanadoo.fr

Bondil Pierre
Service urologie
Centre Hospitalier de Chambéry
Place du Docteur F. Chiron
73000 CHAMBERY – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 79 96 50 50
Fax : +33 (0)4 79 96 50 04

Bongiardino Elodie
Les collines de Cuques - Bâtiment B2
6, avenue de l'armée d'Afrique
13100 AIX EN PROVENCE – FRANCE
Tél. : +33 (0)8 73 72 52 64
E-mail : ebongiardino@hotmail.com

Bonierbale Mireille
Service du Professeur Lançon
CHU Sainte Marguerite
270, boulevard de Sainte Marguerite
BP 29
13274 MARSEILLE Cedex 9 – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 74 48 71
Fax : +33 (0)4 91 74 62 16
E-mail : mbonierbale@ap-hm.fr

Bonnard Marc
2, cours Georges Clémenceau
33240 SAINT-ANDRE DE CUBZAC – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 57 43 44 87
Fax : +33 (0)5 57 43 24 00
E-mail : marc.bonnard@wanadoo.fr

Bordenave Isabelle
Résidence le Bosquet
10, rue des Lilas
64600 ANGLET – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 59 52 90 05
E-mail : ibordenave@hotmail.com

Borten Irène
Centre d'andrologie et sexologie
Hôpital Cochin
27, rue du Faubourg Saint Jacques
75014 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 46 06 01 26
Fax : +33 (0)1 46 06 01 26
E-mail : iborten@noos.fr

Bouhnik Anne-Déborah
INSERM U379 - ORS PACA
23, rue Stanislas Torrents
13006 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 96 10 28 78
Fax : +33 (0)4 96 10 28 99
E-mail : bouhnik@marseille.inserm.fr

Bouilly Patrick
Cabinet médical Cheverny Santé
16, avenue de la Poste
95000 CERGY PONTOISE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 30 75 21 21

Bouisson Francine
PMI Santé
Conseil Général des Bouches du Rhône
52, avenue Saint Just
13256 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 21 26 14
Fax : +33 (0)4 91 21 26 98

Bourdoncle Nancy
24, chemin Servit
31100 TOULOUSE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 61 16 07 51
Fax : +33 (0)5 61 50 18 19

Bourguignon Michel
8 ter, rue du Port
60410 VERBERIE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 44 38 01 77
Fax : +33 (0)3 44 38 01 76
E-mail : m.bourguignon01@free.fr

Bourquin Madeleine
7E, avenue Alfred Cortot
CH-1260 NYON – SWITZERLAND
Tél. : +41 22 755 5774
Fax : +41 22 362 5010
E-mail : madbourquin@hotmail.com

Boutten Aurélie
55, rue Paul Francke
59180 CAPPELLE LA GRANDE – FRANCE
E-mail : aboutten@hotmail.com

Bowen Alain
Parc aux fontaines - Bâtiment 8
38, boulevard du Redon
13009 MARSEILLE – FRANCE
E-mail : alainbowen@yahoo.com

Boyer Yves
4, rue Emile Eudes
11100 NARBONNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 68 41 21 22
E-mail : dr.yves.boyer@wanadoo.fr

Bramardi Anne-Marie
Consultations centre de planification
Conseil Général du Var
132, avenue Lazare Carnot
83070 TOULON Cedex – FRANCE

Brenot Philippe
Centre Vital-Carles
38, rue Vital-Carles
33000 BORDEAUX – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 44 45 32
Fax : +33 (0)5 56 02 91 31

Bros Colette
6, boulevard Jules Ferry
19100 BRIVE – FRANCE
E-mail : bros.colette@wanadoo.fr

Burté Rémy
Cabinet médical Adhoute, Burté, le Boursier
Villa Plazza
76, boulevard Comte Muraire
83300 DRAGUIGNAN – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 94 67 12 89
Fax : +33 (0)4 94 68 34 97

Burté - Le Boursier Carol
Cabinet médical Adhoute, Burté, le Boursier
Villa Plazza
76, boulevard Comte Muraire
83300 DRAGUIGNAN – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 94 47 05 94
Fax : +33 (0)4 94 68 34 97
E-mail : carol-burte@wanadoo.fr

Busselot Claire
Cabinet médical
29, rue des 4 Eglises
54000 NANCY – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 83 17 00 60
Fax : +33 (0)3 83 30 57 80
E-mail : claire.busselot@wanadoo.fr

Cabanis Catherine
Cabinet médical Cabanis, Mercadier
4, cours de la République
11400 CASTELNAUDARY – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 61 53 06 06
Fax : +33 (0)5 62 26 44 13
E-mail : catherine.cabanis@wanadoo.fr

Cabotte Jean
Cabinet médical
6, rue du Lac
74000 ANNECY – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 50 45 27 03
Fax : +33 (0)4 50 52 85 79

Cabrol Bernard
15, place de la République
81100 CASTRES – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 63 59 79 79
Fax : +33 (0)5 63 59 67 23
E-mail : cabrol.bernard@wanadoo.fr

Cahin Pierre
16, rue Chapon
75003 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 71 65 90

Caliste Véronique
Parc Saint-Hubert
25, rue des Venuers
34990 JUVIGNAC – FRANCE
E-mail : verogyver@wanadoo.fr

Callot Véronique
24, rue du Vieux Marché aux Poissons
67000 STRASBOURG – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 88 22 67 42
Fax : +33 (0)3 88 23 76 26

Candela Sophie
CODES 30
7, place de l'Oratoire
30900 NIMES – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 66 21 10 11
Fax : +33 (0)4 66 21 69 38
E-mail : cdes30@wanadoo.fr

Canestro Jean-Louis
3, cours du Maréchal Foch
33720 PODENSAC – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 27 06 87
E-mail : canestrojlp@aol.com

Canestro Patricia
Moulin du Grabiéou
33720 ILLATS – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 62 52 02
E-mail : canestrojlp@aol.com

Canillos Josette
5, rue Jules Ferry
73000 CHAMBERY – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 79 85 46 17
E-mail : josettecanillos@hotmail.fr

Cano Jean-Pierre
Résidence la Fontaine aux Moines - Bâtiment C
55, route de Lodève
34080 MONTPELLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 40 06 06
E-mail : jpcano001@rss.fr

Carballeda Rosa
20, avenue du 8 Mai 1945
38130 ECHIROLLES – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 76 22 81 54
Fax : +33 (0)4 76 22 81 55
E-mail : rcarballeda001@cegetel.rss.fr

Cavalié-Guallar Christian
Service prévention
CPAM de la Gironde
28, rue Paul Courteault
33000 BORDEAUX – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 11 64 54
Fax : +33 (0)5 56 11 54 57
E-mail :
christian.cavalie@cpam-bordeaux.cnamts.fr

Cavin Chantal
5 bis, place de la Liberté
Keryado
56100 LORIENT – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 97 83 43 30

Chaffai Isabelle
27, place du Foirail du Castelviel
81000 ALBI – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 63 47 94 77
Fax : +33 (0)5 63 54 41 81
E-mail : isabellechaffai@wanadoo.fr

Chan Chun Ngok
12, rue de Sotteville
76100 ROUEN – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 35 62 13 41
E-mail : nchan76@wanadoo.fr

Chanal Frédéric
Cabinet médical
33, rue Sommeiller
74000 ANNECY – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 50 45 45 55
Fax : +33 (0)4 5 45 44 55
E-mail : frederic.chanal@wanadoo.fr

Chapuis Catherine
Centre Kinéo
ZA en Pragnat Nord
01500 AMBERIEU EN BUGEY – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 74 38 43 55
Fax : +33 (0)4 74 46 47 39
E-mail : centrekineo@wanadoo.fr

Charbonnel-Masse Anne
23, boulevard de la Paix
51100 REIMS – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 26 88 22 34

Charlon Anne
Ecole Normale Supérieure
46, rue d'Ulm
75005 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 44 32 31 49
E-mail : anne.charlon@ens.fr

Chartier Jean-Luc
14, rue des Plantes
16600 MAGNAC SUR TOUVRE – FRANCE
E-mail : jean-luc.chartier@laposte.net

Chartier-Grimaud Claire
73, rue du Pas Saint Georges
33000 BORDEAUX – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 48 17 21
Fax : +33 (0)5 56 48 17 21

Chatellin Michèle
31, rue Jean Jaurès
59220 DENAIN – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 27 44 28 69
Fax : +33 (0)3 27 26 50 89

Chauteau Loïc
SSL Healthcare
23, allées de l'Europe
92110 CLICHY LA GARENNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 41 40 43 00
E-mail : loic.chauteau@ssl-international.com

Chavez-Delgado Antonio
15, rue de Siam
75116 PARIS – FRANCE
E-mail : tonychear@yahoo.com

Chevret-Measson Marie
283, rue de Créqui
69007 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 58 94 86
Fax : +33 (0)4 78 72 05 74
E-mail : marimeach@9oline.fr

Chiroiu Mirela
Service de psychiatrie
CHS Lorquin
5, rue du Général de Gaulle
57790 LORQUIN – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 87 23 15 50
Fax : +33 (0)3 87 23 15 81
E-mail : mmchiroiu@yahoo.com

Choquet René-Claude
3, plan de la Croix
34820 TEYRAN – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 70 72 42
Fax : +33 (0)4 67 70 72 42
E-mail : docteur.rc-choquet@wanadoo.fr

Chouviat André
Cabinet médical
Les Floralies C
26, rue de Brest
83400 HYERES-LES-PALMIERS – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 94 65 23 37
Fax : +33 (0)4 94 65 23 37

Clerc Patrice
31, rue Gioffredo
06000 NICE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 93 85 37 10
E-mail : patclerc@wanadoo.fr

Cochini Jean-Bernard
34, rue du Château
92500 RUEIL-MALMAISON – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 08 38 08

Collier Francis
Service consultations du Docteur Collier
Hôpital Jeanne de Flandre
Avenue Eugène Avinée
59037 LILLE Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 44 64 83
E-mail : francis.collier@wanadoo.fr

Colonna Jean
Cabinet médical Bourgeois, Colonna
4 bis, rue du Bel Air
60130 BULLES – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 44 19 04 39
E-mail : jjacolo@9online.fr

Colson Marie-Hélène
Centre médical
22, cours Pierre Puget
13006 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 54 08 25
Fax : +33 (0)4 91 54 08 25
E-mail : mh.colson@wanadoo.fr

Commandeur Marie-Christine
18, rue Cardinale
13100 AIX EN PROVENCE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 42 93 69 27
Fax : +33 (0)4 42 26 23 02
E-mail : mc.commandeur@wanadoo.fr

Compe Armelle
5, avenue de Verdun
06500 MENTON – FRANCE
E-mail : acompe@libertysurf.fr

Consoli Silla
Service psychologie clinique
Hôpital européen Georges Pompidou
20, rue Leblanc
75908 PARIS Cedex 15 – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 56 09 33 71
Fax : +33 (0)1 56 09 31 46
E-mail : silla.consoli@hop.egp.ap-hop-paris.fr

Corman André
7, rue Romiguières
31000 TOULOUSE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 61 21 90 60
E-mail : andre.corman@numericable.fr

Costa Pierre
Service Urologie - Andrologie
Groupe Hospitalier Carémau
Place du Pr Robert Debré
30029 NIMES Cedex 9 – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 66 68 33 53
Fax : +33 (0)4 66 68 37 20
E-mail : pierre.costa@chu-nimes.fr

Cotelle Odile
10, avenue Dorian
75012 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 44 74 10 10
E-mail : ocotelle@hopital-dcss.org

Courteille Marie-Aude
Schwarz Pharma
235, avenue le Jour se Lève
92651 BOULOGNE BILLANCOURT – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 46 10 66 19
Fax : +33 (0)1 46 10 66 12
E-mail : marie-aude.courteille@schwarz-pharma-lab.fr

Coutanceau Roland
AFPPL
22, rue de Chateaudun
92250 LA GARENNE-COLOMBES – FRANCE
E-mail : coutanceau@psylegale.com

Crété Roselyne
17, boulevard Richard Lenoir
75011 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 00 69 80
E-mail : roselynecrete@wanadoo.fr

Cuzin Béatrice
Service d'urologie
Hôpital Edouard Eriot
Pavillon V
place d'Arsonval
69437 LYON Cedex – FRANCE
Fax : +33 (0)4 72 11 05 82

Cyrulnik Boris
Corniche Michel Pacha
83500 LA SEYNE SUR MER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 94 06 39 85
E-mail : boris.cyrulnik@wanadoo.fr

d'Arnaud-Raux Marie-Christine
Clinique Toutes Aures : Centre des Spécialistes
Avenue des Savels
04100 MANOSQUE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 92 76 44 09

Dalle Anne-Marie
Cabinet médical Dalle, Henri
18, rue du 11 Novembre
14000 CAEN – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 31 84 26 71
Fax : +33 (0)2 31 34 34 14

Dalloux Eliana
Figairolles
11400 CASTELNAUDARY – FRANCE
E-mail : eliana.v@wanadoo.fr

Daudé Danielle
Service prévention
CPAM de la Gironde
Place de l'Europe
33085 BORDEAUX Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 01 64 54
Fax : +33 (0)5 56 11 54 57

de Carufel François
Université catholique de Louvain
10, place du Cardinal Mercier
B-1348 LOUVAIN-LA-NEUVE – BELGIUM
Tél. : +32 479 240 615
Fax : +32 1047 44 04
E-mail : francois.decarufel@iepr.ucl.ac.be

de Larocque Gonzague
10, rue Martel
75010 PARIS – FRANCE
E-mail : gonzaguedelarocque@yahoo.fr

de Sutter Pascal
Université Louvain-la-Neuve
10, place du Cardinal Mercier
B-1348 LOUVAIN-LA-NEUVE – BELGIUM
Tél. : +32 266 02023
E-mail : pascal.desutter@psp.ucl.ac.be

Debray Quentin
Service de psychiatrie universitaire
Hôpital Corentin Celton
4, parvis Corentin Celton
92133 ISSY LES MOULINEAUX – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 58 00 44 21
Fax : +33 (0)1 58 00 44 53
E-mail : quentin.debray@wanadoo.fr

Delille Marie-Antoinette
26, rue Henri Régnault
92500 RUEIL MALMAISON – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 45 03 25 65

Delporte Brigitte
Cabinet médical
26, rue Florentin
81150 MARSSAC – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 63 55 40 10
E-mail : b.delporterecoules@medsyn.fr

Demeulemeester Eric
31, rue Jean Jaurès
59233 MAING – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 27 24 56 71
Fax : +33 (0)3 27 24 78 90

Deraita Dominique
Cabinet Eveils
20, rue Eugène Scribe
34500 BEZIERS – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 49 27 13
E-mail : deraita.d@conseil-couple-famille.com

Derquin Philippe
Le clos de Chevigné
72510 MANSIGNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 43 46 14 47
Fax : +33 (0)2 43 46 42 04
E-mail : philippe.derquin@wanadoo.fr

Derrien Marie-Françoise
Chemin de l'Hermitan
83310 COGOLIN – FRANCE
E-mail : marie.derrien35@wanadoo.fr

Desbarats Maryvonne
10, rue des Arts
31000 TOULOUSE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 62 26 12 56

Desenne Agnès
Rue du Jarteau
Résidence le Jarteau - Appartement 251
33520 BRUGES – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 28 65 78

Desforges Virginie
CHRU Lille
188, allée de Liège
Appartement 49
59777 EURALILLE – FRANCE
E-mail : vtitou@yahoo.fr

Dessaux Nathalie
6, rue de Rohan
35000 RENNES – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 99 79 19 68
E-mail : nathalie.dessaux@mac.com

Desvaux Pierre
Service du Professeur Debré
Hôpital Cochin
27, rue du Faubourg Saint Jacques
75679 PARIS Cedex 14 – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 20 82 00
E-mail : desvaux@noos.fr

Détré Régine
Mairie de Paris
90, rue Montorgueil
75002 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 36 28 80
Fax : +33 (0)1 42 36 28 80

Diakite Mamadou
Service du Professeur Serment
Hôpital Salvador
249, boulevard de Sainte Marguerite
13009 MARSEILLE – FRANCE
E-mail : dgogo20032003@yahoo.fr

Dintrans Jean-Roger
Cabinet médical
16, rue de la Grange Batelière
75009 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 31 45 72
E-mail : jean.ro.din@wanadoo.fr

Djeffal Samir
8, rue Jules Froment
69008 LYON – FRANCE
E-mail : samir.djeffal@neuf.fr

Docta Abel
E.P.S.M.
Secteur 59G07
104, rue du Général Leclerc
59487 ARMENTIERES Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 10 23 93
Fax : +33 (0)3 20 10 22 97

Doré Laurence
9, rue Victor Leydet
13100 AIX EN PROVENCE – FRANCE
E-mail : laurencedore.med@wanadoo.fr

Dubanchet Robert
11, rue du Boeuf
69005 LYON – FRANCE
E-mail : rdubanchet@gmail.com

Dubois-Chevalier Mireille
Cabinet médical Colteau, DUbois-Chevalier, Hedon Teisseire, Loury, Smat
76, avenue Raymond Poincaré
1er étage
75116 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 27 57 88
E-mail : m.duboischevalier@free.fr

Dubuisson Claudine
55, rue Denis Papin
16340 L'ISLE D'ESPAGNAC – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 45 95 95 63
Fax : +33 (0)5 45 95 95 65

Duc Christian
9A, allée de la Chardonnière
69270 FONTAINES SUR SAONE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 37 40 32 87

Ducoudré Marie-Fabienne
Résidence la coupole
1, rue du Helder
64200 BIARRITZ – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 59 22 39 33

Dupont Gabrielle
53, cours Jean Jaurès
38000 GRENOBLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 76 87 62 10

Duquesne Gérard
Clinique Saint Roch
99, avenue Saint Roch
83000 TOULON – FRANCE
Tél. : +33 (0)8 26 46 26 00
Fax : +33 (0)4 94 92 50 69
E-mail : gerard.duquesne@club-internet.fr

Durand Christian
4, route du Séris
66650 BANYULS SUR MER – FRANCE
Fax : +33 (0)4 68 88 15 59
E-mail : christiandurand5@wanadoo.fr

Durand Danièle
Maison médicale des Chalatres
4, rue de la Mitrie
44000 NANTES – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 40 49 12 86
Fax : +33 (0)2 40 37 54 01

Durand Florence
6, rue de la Loge
34000 MONTPELLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 66 12 15
Fax : +33 (0)4 67 66 18 03

Durou-Delanoë Colette
30, rue Lormand
64100 BAYONNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 59 63 24 84
Fax : +33 (0)5 59 63 24 84
E-mail : durou-delanoe@wanadoo.fr

Dutilleux Marie
7, avenue Léonard Legras
B-4845 SART-LEZ-SPA – BELGIQUE
Tél. : +32 8747 4692
Fax : +32 8748 4692
E-mail : dutilleuxmarie@msm.com

Ehlinger François
Centre de gérontologie clinique
CH de Rochefort sur Mer
6, rue des Fleurs
17301 ROCHEFORT – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 46 82 11 16
E-mail : francois.ehlinger@ch-rochefort.fr

Eljandali Ghazi
Service gynécologie-obstétrique
Centre Hospitalier Louis Pasteur
30200 BAGNOLS SUR CEZE – FRANCE
Fax : +33 (0)4 66 79 12 87
E-mail : m.ghazi@6sens.com

Epinat Rémy
24, rue Jean Mermoz
42300 ROANNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 77 72 60 00
Fax : +33 (0)4 77 72 09 03

Epstein Thierry
Clinique médicale M.G.E.N.
78605 MAISONS-LAFFITTE Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 45 12 81
Fax : +33 (0)8 25 24 38 38
E-mail : tepstein@mgen.fr

Ermatinger-Bodenhausen Madeleine
28, avenue des Gobelins
75013 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 45 87 37 57
E-mail : magobelins@aol.com

Esmieu Stéphanie
84, rue Dupont
B-1210 BRUXELLES – BELGIQUE
Tél. : +32 476 86 36 31
E-mail : esmieu-stephanie@hotmail.com

Espesset Alain
4, rue Jean Jaurès
06400 CANNES – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 93 38 13 13
Fax : +33 (0)4 93 99 90 52

Eveno Marie-Pierre
41, rue Saint Yves
56390 GRAND CHAMP – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 97 66 78 11
Fax : +33 (0)2 97 66 46 65
E-mail : marie-pierre.eveno@wanadoo.fr

Eyboulet Gérard
Cabinet médical
Résidence Le Louvre
4, avenue Rouzaud
63130 ROYAT – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 73 35 82 24
Fax : +33 (0)4 73 35 82 24

Faix Antoine
Clinique Beau Soleil
199, avenue de Lodève
34070 MONTPELLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 75 98 05
Fax : +33 (0)4 67 75 97 65

Fares Rami
Service du Docteur Jung
Hôpital Civil de Colmar
CHG Louis Pasteur
39, avenue de la Liberté
68024 COLMAR Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 89 12 40 00
E-mail : ramifares@yahoo.fr

Farjon Jean-Paul
La Bastide
173, ancien chemin de Cassis
13009 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 75 36 11
E-mail :
famille.farjon.chapuis@wanadoo.fr

Faye Pascale
Service médecine sexologique
Clinique de l'Anjou
87, rue du Château d'Orgemont
49044 ANGERS Cedex 01 – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 41 22 98 26

Febvre Michel
2, rue Maryse Hilsz
92300 LEVALLOIS PERRET – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 37 25 28
Fax : +33 (0)1 47 37 42 55
E-mail : michel-febvre@wanadoo.fr

Felicelli Guy-Paul
250, chemin de la Madrague ville
13015 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 58 20 78
E-mail : gplf@netcourrier.com

Fernandez Christine
M.F.P.F.
8, rue Rivet
69001 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 39 47 08
Fax : +33 (0)4 78 39 47 08
E-mail : christine.fernandez01@chu-lyon.fr

Ferrant-Otormin Nathalie
CHG maternité et psychiatrie
44, avenue Jousselin
28410 DREUX – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 37 51 50 88
Fax : +33 (0)1 30 59 62 71
E-mail : nferrant@ch-dreux.fr

Ferroul Yves
Maison médicale du Sart
124, rue Jean Jaurès
59491 VILLENEUVE D'ASCQ – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 89 19 49
Fax : +33 (0)3 20 84 53 88
E-mail : yves.ferroul@wanadoo.fr

Ferroul-Delbarre Michèle
Maison médicale du Sart
124, rue Jean Jaurès
59491 VILLENEUVE D'ASCQ – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 89 19 49
Fax : +33 (0)3 20 84 53 88
E-mail : yves.ferroul@wanadoo.fr

Flicourt Nadia
C.I.R.M.
13, rue Faidherbe
59046 LILLE Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 15 49 30
Fax : +33 (0)3 20 55 59 17
E-mail : nflicourt@free.fr

Fontan Eric
70, boulevard de Strasbourg
83000 TOULON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 94 62 13 13
E-mail : eric.fontan@wanadoo.fr

Fontrier Joseph
2, place d'Italie
73000 CHAMBERY – FRANCE
Tél. : +33 (0)6 83 21 80 13
Fax : +33 (0)4 79 38 51 52
E-mail : joseph.fontrier@wanadoo.fr

Fossé Véronique
CH Arras
57, avenue Winston Churchill
62022 ARRAS Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 21 24 46 88
Fax : +33 (0)3 21 24 45 53
E-mail : veronique.fosse@ch-arras.fr

Franchi Fabrice
32A, rue Poucel
13004 MARSEILLE – FRANCE
E-mail : fabrice.franchi@ap-hm.fr

Gabriel Frédéric
Centre Médical la Valentine
Traverse de la Montre
13011 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 18 22 22

Galimard Elisabeth
53, rue du 19 janvier
92500 RUEIL MALMAISON – FRANCE
E-mail : eligm@club-internet.fr

Galko Natasha
Faculté René Descartes Paris V Necker
59, boulevard du Commandant Charcot
92200 NEUILLY SUR SEINE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 46 37 09 89
Fax : +33 (0)1 46 37 09 89
E-mail : mgalko@aol.com

Galtier Françoise
Centre Bouffard-Vercelli
Cap Peyrefite
66290 CERBERE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 68 88 76 02
Fax : +33 (0)4 68 88 75 88

Gamet Déborah
Chez M. Cédric Aniorte
5, place des Halles
30420 CALVISSON – FRANCE
E-mail : deboragamet@yahoo.fr

Gamet Marie-Laure
Service Chrirugie A du Docteur Lechner
Centre Hospitalier
51, rue du Commandant Derrien
BP 501
51005 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 26 68 05 39
Fax : +33 (0)3 26 68 05 39
E-mail : christophe.gamet@equipement.gouv.fr

Ganem Marc
32, avenue Carnot
75017 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 45 74 52 15
Fax : +33 (0)1 44 09 71 69

Ganne-Devonec Marie-Odile
Cabinet médical Ganne-Devonec, Westphal
9, rue Gambetta
54000 NANCY – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 83 37 01 85

Garcia Marie
Domaine des grands Pins - Bâtiment C
10, avenue des Pins Valescure
83700 SAINT RAPHAEL – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 94 44 47 56
E-mail : garcia.marie1@free.fr

Garcin-Marrou Bernadette
57, rue Professeur Grignard
69007 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 69 83 59

Gastou Christine
Cabinet médical
10 bis, rue de la République
34670 BAILLARGUES – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 87 06 43

Gathier Antinisca
17, rue Gabriel Fauré
34080 MONTPELLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 40 16 13
E-mail : antinisca.g@free.fr

Gau Marielle
2220, avenue du Père Soulas
34090 MONTPELLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 04 05 68

Gaudaire Noël
Cabinet médical la Gabillais
7, rue de Rennes
35650 LE RHEU – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 99 60 71 32
Fax : +33 (0)2 99 60 95 81
E-mail : noel.gaudaire@wanadoo.fr

Gaulard Maria
8, rue Louis Braille
77104 MEAUX – FRANCE

Gault Isabelle
Chemin de l'Escudier
84360 LAURIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 90 08 32 61
Fax : +33 (0)4 90 08 32 61
E-mail : isa.gault@laposte.net

Gayrard Farida
CIFRES
38, rue Léon Paul Fiquet
31100 TOULOUSE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 61 07 75 59
E-mail : farida.gayrard@wanadoo.fr

Gellman Charles
7, rue Théodule Ribot
75017 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 44 15 95 00

Gellman Robert
3, rue Copernic
75116 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 27 96 67
Fax : +33 (0)1 47 04 40 57
E-mail : c.gellmanbarroux@free.fr

Gellman-Barroux Claire
3, rue Copernic
75116 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 27 96 67
Fax : +33 (0)1 47 04 40 57
E-mail : c.gellmanbarroux@free.fr

Genoux-Boué Sylvie
18, avenue Jean Mermoz
44500 LA BAULE – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 51 75 08 04
Fax : +33 (0)2 40 24 62 55
E-mail :
docteur.sylvie.genoux@wanadoo.fr

Gensollen Josée
4, boulevard Longchamp
13001 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 64 81 70
Fax : +33 (0)4 91 50 66 75
E-mail : metj.gensollen@wanadoo.fr

Gensollen Marc
4, boulevard Longchamp
13001 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 64 81 70
Fax : +33 (0)4 91 50 66 75

Geoffray Christine
24, rue Surcouf
75007 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 45 50 26 07

Georges Frantz-Edner
Cabinet médical
Le Vauban
3, avenue de Bourgogne
25000 BESANCON – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 81 52 13 80
Fax : +33 (0)3 81 52 69 54
E-mail : georges.docteur@wanadoo.fr

Geraud Marc
Service urologie
Polyclinique Saint Côme
60-72, rue Carnot
BP 409
60204 COMPIEGNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 44 92 43 32
Fax : +33 (0)3 44 92 44 75
E-mail : marcgeraud@wanadoo.fr

Ghibaudo Christophe
Le Napoléon
9, avenue Thiers
06130 GRASSE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 93 36 90 91

Ghosn Imane
Maternité - Hôpital William Morey
71100 CHALON SUR SAONE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 85 44 66 88
Fax : +33 (0)3 85 44 67 03
E-mail : imane.ghosn@ch-chalon71.fr

Giami Alain
Secteur bleu "Pierre Marie"
INSERM - U569
82, rue du Général Leclerc
94276 LE KREMLIN-BICETRE Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 45 21 22 89
Fax : +33 (0)1 45 21 20 75
E-mail : giami@vjf.inserm.fr

Giffard-Foret Clotilde
Clinique Beausoleil
119, avenue de Lodève
34070 MONTPELLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 75 98 81
E-mail : clotildegf@free.fr

Gindt Myriam
rue du Château Kieffelt, 16
B-1200 BRUXELLES – BELGIQUE
Tél. : +32 276 235 40
Fax : +32 276 235 40
E-mail : gindt.m@yucom.be

Girard Marc
Centre médical Mainne de Biran
1, avenue Marc Chagall
52000 CHAUMONT – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 25 02 60 00
E-mail : girard.recey@wanadoo.fr

Giudicelli Louis-Luc
24150 VARENNES – FRANCE

Giuliani Patricia
48, rue Saint Aubert
62000 ARRAS – FRANCE
E-mail : p.giuliani@free.fr

Gloux Linda
10, impasse Saint-Primel
29000 QUIMPER – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 98 95 23 23
E-mail : rego.alvaro@neuf.fr

Gomez Sophie
Hôpital Pierre Oudot
35, avenue Maréchal Leclerc
38300 BOURGOIN JALLIEU – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 74 27 31 45
Fax : +33 (0)4 74 27 37 36
E-mail : sophiebj@voila.fr

Gouteux Nicole
107, rue Judaïque
33000 BORDEAUX – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 57 53 00 86
Fax : +33 (0)5 57 53 00 85
E-mail : nicole.gouteux@santesurf.com

Grafeille Nadine
Cabinet médical Gouteux, Grafeille
107, rue Judaïque
33000 BORDEAUX – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 96 55 11
Fax : +33 (0)5 57 53 00 85

Grégory Françoise
3, place Jean Etienne Championnet
26000 VALENCE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 75 43 94 66
E-mail : fgregory001@rss.fr

Gros-Lafaige Hélène
28, avenue de la Croix du Roux
33370 BONNETAN – FRANCE
E-mail : h.groslafaige@free.fr

Gruillot-Girardot Catherine
Service du Professeur Bittard
Centre Hospitalier Saint-Jacques
2, place Saint-Jacques
25030 BESANCON Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 81 56 83 72

Guedj-Saal Michèle
Centre médical Denver
23-25, avenue Jean-Jacques Rousseau
93190 LIVRY GARGAN – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 43 83 32 98

Guérin André
25, boulevard Aristide Briand
13100 AIX EN PROVENCE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 42 96 55 71
E-mail : andy-guerin2@wanadoo.fr

Guffroy Sabine
31, rue Princesse
59800 LILLE – FRANCE
E-mail : sabineguffroy@hotmail.com

Guichard Michel
4, quai du Pont-Neuf
37000 TOURS – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 47 39 61 16
Fax : +33 (0)2 47 38 23 27
E-mail : mguichard002@cegetel.rss.fr

Guilbaud Joëlle
20, avenue Saint-Julien
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 24 37 57 56
Fax : +33 (0)3 24 37 30 67
E-mail : jo.guilbaud@wanadoo.fr

Guy Catherine
Centre de plannification et d'éducation
Centre Hospitalier
38480 PONT-DE-BEAUVOISIN – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 76 32 64 68
Fax : +33 (0)4 76 32 78 44

Habold Daniel
Service SAMU - Centre 15 du Dr Bechet
Centre Hospitalier
7, square de Massalaz
BP 1125
73011 CHAMBERY – FRANCE

Haouas Noureddine
Service du Docteur Colas
CH Louis Pasteur
Avenue Léon Jouhaux
39108 COLE Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 84 79 80 80

Hardouin Philippe
8, route des Carrières
50330 GONNEVILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 33 23 91 24
E-mail : philippehardouin@yahoo.fr

Haze Nathalie
26, Grande Rue
17550 DOLUS D'OLERON – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 46 75 51 18
E-mail : ericnath@aol.com

Hédon Frédérique
76, avenue Raymond Poincaré
75116 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 45 53 85 17
Fax : +33 (0)1 45 53 11 92
E-mail : fhedon@wanadoo.fr

Hefez Serge
9, rue Réaumur
75003 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 48 04 78 27
E-mail : serge.hefez@wanadoo.fr

Helbert Marion
7, rue Grande Biesse
44000 NANTES – FRANCE

Hérail Joëlle
157, boulevard Davout
75020 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 40 30 16 63
Fax : +33 (0)1 40 30 16 63

Hérault Laurence
IDEMEC - MMSH
5, rue du Château de l(Horloge
BP647
13094 AIX EN PROVENCE Cedex 2 – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 42 52 41 47
Fax : +33 (0)4 42 52 43 71
E-mail : herault@mmsh.univ-aix.fr

Herbeaux Patrick
Résidence Khamisis
705, chemin de la Thuilière
13400 AUBAGNE – FRANCE
E-mail : pherbeaux@tele2.fr

Hernandez Corinne
15, traverse de la Haute Granière
13001 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 89 48 45
Fax : +33 (0)4 91 47 41 66
E-mail : cocoher@hotmail.fr

Hilmi Magali
CHU Amiens - Maternité
124, rue Camille Desmoulins
80000 AMIENS – FRANCE
E-mail : magali_hilmi@yahoo.fr

Hommet Béatrice
CAT Pleyel
6, rue Robert Desnos
93200 SAINT-DENIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 49 40 09 19
Fax : +33 (0)1 49 40 18 51
E-mail : cnrdp@noos.fr

Houot Jean-Stéphane
1, rue Laborde
69500 BRON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 75 48 89
E-mail : drhouot@aol.com

Houphouet-Boigny Florence
57, rue d'Auteuil
75016 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 24 61 81

Hugues Evelyse
La Cigalière
14, avenue Fernand Granon
30740 LE CAILAR – FRANCE

Inizan-Perdrix Paule
26, rue Vendôme
69006 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 93 93 06
Fax : +33 (0)4 78 93 93 06
E-mail : pauleinizanperdrix@wanadoo.fr

Isoré Christian
456, faubourg Montmelian
73000 CHAMBERY – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 79 75 07 52
Fax : +33 (0)4 79 70 48 19

Jablon-Dreyfus Françoise
11, rue Fédéric Magisson
75015 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 40 60 90 89
E-mail : francoise.jablon@wanadoo.fr

Jamal Benjelloun Touimi
203, boulevard Zerktouni
20000 CASABLANCA – MAROC
Tél. : +212 22 95 01 36
Fax : +212 22 95 01 37

Jarnoux Michel
Cabinet médical
Résidence Bellefontaine
11, rue Louis Gain
49100 ANGERS – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 41 87 88 41
Fax : +33 (0)2 41 25 21 83
E-mail : michel.jarnoux@wanadoo.fr

Jawhari Dany
Le Point Médical
Rond point de la Nation
21000 DIJON – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 80 72 40 27
E-mail : dany-jawhari@wanadoo.fr

Joseph Pierre-Alain
Service MPR
Hôpital Pellegrin - CHU Bordeaux
Unité d'évaluation et du traitement du handicap urinaire
33076 BORDEAUX – FRANCE
Fax : +33 (0)5 56 79 60 06
E-mail : pierre-alain.joseph@chu-bordeaux.fr

Jourdheuil Patricia
Conseil Général de la Côte d'Or
53 bis, rue de la Préfecture
21000 DIJON – FRANCE

Joutard Jean-Claude
30, boulevard Raspail
84000 AVIGNON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 90 85 98 64
Fax : +33 (0)4 90 85 76 51

Jung Hervé
2 bis, rue Paulin Guérin
83000 TOULON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 94 09 21 21
E-mail : herve.jung@wanadoo.fr

Jung Sylvie
8, quai Desaix
67000 STRASBOURG – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 88 15 14 54
Fax : +33 (0)3 88 15 14 51
E-mail : dr.sjung@wanadoo.fr

Jungers Françoise
C.I.R.M.
13, rue Faidherbe
59046 LILLE Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 15 49 30
Fax : +33 (0)3 20 55 59 17

Karaouni Alain
2, cours Liberté
34725 SAINT ANDRE DE SANGONIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 57 85 51
Fax : +33 (0)4 67 57 89 75
E-mail : akaraouni@wanadoo.fr

Karoubi Jacques
Cabinet d'urologie
16, rue George Sand
94210 LA VARENNE SAINT HILAIRE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 83 16 85
E-mail : karoubi@club-internet.fr

Karra Hamadi
Service d'urologie
Centre Hospitalier de Fleyriat
Service du Dr Asselborn
BP 401
01012 BOURG-EN-BRESSE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 74 45 45 93
Fax : +33 (0)4 74 45 41 08
E-mail : hamadikarra@yahoo.fr

Kassan Kpedou
Hôpital Régional d'Annecy
1, avenue du Tréserin
BP 2333
74011 ANNECY Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 50 33 36 89
Fax : +33 (0)4 50 33 36 27
E-mail : pedou.k@tiscali.fr

Képénékian Christine
43, rue Auguste Comte
69002 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 38 08 58
Fax : +33 (0)4 78 38 08 58
E-mail : christine.kepenekian@free.fr

Kerihuel Gérard
Clinique Guillaume de Varye
210, route de Vouzeron
18230 SAINT-DOULCHARD – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 48 68 85 85
Fax : +33 (0)2 48 68 85 83
E-mail : gymk@wanadoo.fr

Kochnevis Sandrine
26, boulevard de Reims
59100 ROUBAIX – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 75 42 61
E-mail : skochnevis@free.fr

Korber Céline
Service consultation du Docteur Collier
Hôpital Jeanne de Flandre
Avenue Eugène Avinée
59800 LILLE – FRANCE

Kubiac-Martin Carine
CHRU Lille
Hôpital Jeanne de Flandre
2, rue des Cheminées
62840 NEUVE-CHAPELLE – FRANCE

L'Hénoret Marie
2310, rue d'Youville
CA-J1J1N9 SHERBROOKE, QUEBEC – CANADA
Tél. : +819 563 8384
Fax : +819 563 5543
E-mail : mlhenoret@sympatico.ca

Lababidi Halim
CHIR C du Docteur Brun
CH Gaston Ramon
1, avenue Pierre de Coubertin
89108 SENS Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 86 86 12 28

Labou Issa
Service du Professeur Thibault
Hôpital de Tenon
4, rue de la Chine
75020 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 56 01 70 00
E-mail : laboukamya@yahoo.com

Lahouegue Amir
Faculté de Médecine Necker Paris V
12, passage Gustave Lepeu
75011 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 39 90 90 06
E-mail : ldr_lahouegue.amir@gmail.com

Lamirand-Schueller Françoise
302, rue Garibaldi
69007 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 62 77 21
E-mail : francoise.lamirand@wanadoo.fr

Lançon Christophe
CHU Sainte Marguerite
Pavillon 10 - BP 29
270, boulevard de Sainte Marguerite
13274 MARSEILLE Cedex 9 – FRANCE
E-mail : christophe.lancon@mail.ap-hm.fr

Landes Elise
Bâtiment K - Appartement 53
62, place de la Tourguille
34070 MONTPELLIER – FRANCE
E-mail : pilloup2000@yahoo.fr

Landmann-Bronner Sophie
CHG Emile Müller
4, sentier du Donon
68100 MULHOUSE – FRANCE
Fax : +33 (0)3 89 64 70 21
E-mail : bronners@ch-mulhouse.fr

Lannoy Claude
86, avenue J. et P. Carsoel
B-1180 BRUXELLES – BELGIQUE
Tél. : +32 2 375 76 77
E-mail : drclaude@tiscali.be

Lassagne Marie-Line
5, rue Jean du Tillet
16000 ANGOULEME – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 45 93 27 99
E-mail : mllassagne@aol.com

Lavarec Anne
CHS Camille Claudel
16400 LA COURONNE – FRANCE
E-mail : anne.lavarec@wanadoo.fr

Le Gentil Michel
11, rue Alexis Puyo
33160 SAINT MEDARD EN JALLES – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 95 74 62
E-mail : dr.legentil@wanadoo.fr

Le Houarno Nathalie
Clinique mutualiste de la Porte de l'Orient
3, rue Robert de la Croix
56100 LORIENT – FRANCE

Le Martelot Marie-Claire
CDGA
Centre médical social
11, quai de Rohan
56100 LORIENT – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 97 84 42 66

Le Nestour Dominique
38, rue Saint-Rome
31000 TOULOUSE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 61 80 84 84
Fax : +33 (0)5 61 20 91 21
E-mail : domdom76@hotmail.com

Le Pallec Chantal
28, rue des Bouvreuils
91540 MENNECY – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 69 23 21 89
Fax : +33 (0)1 64 99 73 31
E-mail : chantal.le-pallec@wanadoo.fr

Lebreton Ludivine
La Bassais
44130 FAY DE BRETAGNE – FRANCE
E-mail : lebretonandco@aol.com

Lecourt Tierny Godeleine
24, rue d'Aumont
62200 BOULOGNE SUR MER – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 21 10 66 54

Lefranc Gilles
Centre Hospitalier Ariège-Couserans
BP 111
09201 SAINT-GIRONS Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 61 96 20 11
E-mail : g.lefranc@ch-ariege-couserans.fr

Lefranc Marie-Hélène
Centre Hospitalier Ariège-Couserans
BP 111
09201 SAINT-GIRONS Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 61 96 20 11

Lejeune Hervé
Laboratoire Biologie de la Reproduction
Faculté de Médecine
Domaine Rockfeller
8, avenue Rockfeller
69008 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 77 70 65
Fax : +33 (0)4 78 77 72 64
E-mail : lejeune@univ-lyon1.fr

Lemaire Antoine
Cabinet médical Alexandre, Buvat, Lemaire
Résidence Ile au bois le grand Hunier
3, rue Carolus
59000 LILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 92 80 70
Fax : +33 (0)3 20 08 27 98
E-mail : lemaire-antoine@wanadoo.fr

Lemmel Christian
41, avenue Ernest Reyer
75014 PARIS – FRANCE
E-mail : clemm@club-internet.fr

Lepoint Cécile
Cabinet Rabelais
21, rue du Chapeau Rouge
44000 NANTES – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 40 47 38 45
Fax : +33 (0)2 40 94 10 33

Lequeux Armand
Université catholique de Louvain
19 c, rue Haute
B-1340 OTTIGNIES – BELGIQUE
Tél. : +32 10 4507 78
Fax : +32 10 2433 78
E-mail : armand.lequeux@skynet.be

Leriche Albert
Service du Professeur Leriche
Hôpital Henry Gabrielle
20, route de Vourles
Unité C2
69230 SAINT GENIS LAVAL – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 86 50 84
Fax : +33 (0)4 78 86 50 92
E-mail : albert.leriche@chu-lyon.fr

Letombe Brigitte
62, rue Notre Dame
59190 HAZEBROUCK – FRANCE

Leuillet Patrick
17, rue de la République
80000 AMIENS – FRANCE

Levy Joseph
Département de sexologie
Université du Québec à Montréal
CP 8888
Succursale Centre ville
H3C 3P8 MONTREAL - QUEBEC – CANADA
Tél. : +1 514 987 3000
Fax : +1 514 987 6787
E-mail : levy.joseph_josy@uqam.ca

Levyfve Sandrine
9, rue du Béguinage
Bâtiment B - Appartement 215
59800 LILLE – FRANCE
E-mail : sandrine.levyfve@free.fr

Liautard Karine
Centre hospitalier de Salon de Provence
207, avenue Julien Fabre
BP 321
13658 SALON DE PROVENCE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 42 05 30 50
E-mail : mliautard@wanadoo.fr

Lombardi Guy
Service du Professeur Delarque
Hôpital Nord
Chemin des Bourrelys
13015 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 96 86 73
Fax : +33 (0)4 91 96 89 15
E-mail : lggsj@free.fr

Lopes Patrice
Service gynécologie obstétrique
Hôpital Mère-Enfant
38, boulevard Jean Monnet
44093 NANTES Cedex 01 – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 40 08 31 75
Fax : +33 (0)2 40 08 31 79
E-mail : plopes@oceanet.fr

Mabon-Aulagnier Christiane
29, rue Tanguy Malmanche
29820 BOHARS – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 98 03 71 49

Magnin Elisabeth
Centre social de l'Orangerie - C.P.E.F.
29, avenue du 11 novembre
69160 TASSIN LA DEMI LUNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 34 98 75
Fax : +33 (0)4 78 34 50 79
E-mail : cpef.tassin@wanadoo.fr

Maidine Mohamed
6, rue lot Dalila Ain-Chock
MA-20153 CASABLANCA – MAROC
Fax : +212 22 213 590
E-mail : m_maidine@menara.ma

Maire Alain
312, cours Emile Zola
69100 VILLEURBANNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 03 21 45

Mamberti-Dias André
104, rue Paradis
13006 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 33 26 01
E-mail : amd5@wanadoo.fr

Manalis Liesbeth
30, rue Franz Binje
B-1030 BRUXELLES – BELGIQUE
Tél. : +32 2 215 66 31
Fax : +32 2 242 82 09
E-mail : liesbeth@manalis.be

Manche Sylvie
26, avenue de Strasbourg
77120 COULOMMIERS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 64 20 73 13
E-mail :
sylvie.philippe.manche@wanadoo.fr

Mancilla Valdez Esmeralda
Cité Universitaire internationale
Maison du Mexique
9c, boulevard Jourdan-
75014 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 44 16 18 61
E-mail : esme_mancilla@hotmail.com

Mandier-Teisseire Christine
38, avenue René Cassagne
33150 CENON – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 32 19 67
E-mail : christine.barutel@santesurf.com

Manessiez Christine
Centre de plannification
C.H. Arras
57, avenue Churchill
62000 ARRAS – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 21 24 46 88
E-mail : christine.manessiez@ch-arras.fr

Manzano Manuel
Centro Urologia Andrologia Sexologia
Estadio Lopez Vilches 2 - 2° C
E-28033 MADRID – SPAIN
Tél. : +34 983 35 13 48
Fax : +34 91 510 07 55
E-mail : manuelmanzano15@hotmail.com

Marès Pierre
Service de gynécologie obstétrique
CHU Nîmes - Hôpital Caremeau
Rue du Professeur Robert Debré
30006 NIMES Cedex 4 – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 66 68 37 99
Fax : +33 (0)4 66 68 34 69
E-mail : pierre.mares@chu-nimes.fr

Marianacci Catherine
31, rue d'Ottange
57330 VOCMERANGE LES MINES – FRANCE
E-mail : catherine-marianacci.ide@wanadoo.fr

Marquat-Perronny Geneviève
Service urologie et gynécologie
Polyclinique Saint François
7, rue P. Tranbat
03100 MONTLUCON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 70 08 80 89
E-mail :
marquat.kinesexologie.tcc@wanadoo.fr

Martin-Vauzour Pierre
213, avenue d'Eysines
33110 LE BOUSCAT – FRANCE
E-mail : pm33@numericable.fr

Martinez Sébastien
Grand'rue
46090 MERCUES – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 65 30 92 93
Fax : +33 (0)5 65 30 93 75
E-mail : s.martinez2@wanadoo.fr

Marx Christophe
CHU Nîmes
250, rue Dieudonné Coste
30000 NIMES – FRANCE
E-mail : marx@agis.fr

Marx-Mouchon Sophie
80 hameau des Lacs
59510 FOREST SUR MARQUE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 61 14 98
E-mail : sophie.marx@free.fr

Mazeas Christelle
22 A, rue Belle de mai
13003 MARSEILLE – FRANCE
E-mail : mazeas.c@free.fr

Meillon Ghislaine
656, avenue Maréchal Foch
40000 MONT DE MARSAN – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 58 75 48 59
E-mail : ghis.meillon@wanadoo.fr

Meillon Paul
5, place Francis Plante
40000 MONT DE MARSAN – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 58 06 44 06
E-mail : paum@netcourrier.com

Mercier Christine
9, rue de Sully
37000 TOURS – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 47 05 12 73
Fax : +33 (0)2 47 05 70 41

Merlo Gilbert
97, rue Gautier
17100 SAINTES – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 46 93 09 09
Fax : +33 (0)5 46 74 28 27
E-mail : gilbertmerlo@aol.com

Mezrahid Philippe
Cabinet médical Bertrand, Faure, Mezrahid
2, rue des Arquebusiers
67000 STRASBOURG – FRANCE

Mhadheb Youssef
Service chirurgical du Docteur Hobeika
CHG Saint-Dizier
4, rue Godard Jeanson
52115 SAINT-DIZIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 25 56 84 84

Michaud Charles
6, rue Roger-du-Marais
38430 MOIRANS – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 76 35 48 19
Fax : +33 (0)4 76 35 14 32
E-mail : cmichaud001@rss.fr

Michelon Alain
9 bis, rue Gambetta
3è étage
78800 HOUILLES – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 39 14 88 04
Fax : +33 (0)1 39 68 64 33
E-mail : dralainmichelon@wanadoo.fr

Mignot Joëlle
Faculté de Médecine Paris XIII Bobigny
2, allée Victor Hugo
93340 LE RAINCY – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 43 02 43 81
Fax : +33 (0)1 43 81 56 63
E-mail : joelle.mignot@wanadoo.fr

Milanese Caroline
Cabinet médical Engelstein, Milanese, Roquelle
34, avenue de Paris
91150 ETAMPES – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 64 01 64 04

Milville Marcel
22, place de l'Hôtel de Ville
02340 MONTCORNET – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 23 21 85 00
Fax : +33 (0)3 23 21 85 04
E-mail : milville.marcel@wanadoo.fr

Mimoun Sylvain
45, rue de Maubeuge
75009 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 48 78 46 88
Fax : +33 (0)1 42 80 25 12

Molgatini Jean-Pierre
49, avenue Lacassagne
69003 LYON – FRANCE
Fax : +33 (0)4 78 26 34 14
E-mail : jeanpierre@molgatini.net

Monnier Catherine
Cabinet médical
2, rue du Cherche Midi
34000 MONTPELLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 66 15 02
Fax : +33 (0)4 67 66 15 02
E-mail : castel3t@wanadoo.fr

Monnier Corinne
2, allée des Hêtres
59290 WASQUEHAL – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 72 39 96
E-mail : comonnier@free.fr

Montmasson Bernard
Service de gynécologie
CH Blois
Mail Pierre Charlot
41000 BLOIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 54 55 66 33
Fax : +33 (0)2 54 55 60 64
E-mail : bmt2001@wanadoo.fr

Morel-Journel Nicolas
Service chirurgie A du Docteur Skowron
Centre Hospitalier Région Annecienne
1, avenue du Tresum
BP 2333
74011 ANNECY Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 50 88 33 29

Mourichon Laure
17, avenue de Paris
94300 VINCENNES – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 43 28 25 98
E-mail : lauremourichon@hotmail.com

Musetti Ghislaine
Consultations centre de planification
Conseil Général du Var
132, avenue Lazare Carnot
83070 TOULON Cedex – FRANCE

Naouri-Vischel Michèle
54, rue de Prony
75017 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 63 00 38
Fax : +33 (0)1 42 12 02 88

Neu Janicki Anne-Marie
88, rue de Sèvres
75007 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 79 16 00
Fax : +33 (0)1 47 83 96 96

Nguyen Lan Annie
48, rue de Turenne
33000 BORDEAUX – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 79 10 63
Fax : +33 (0)5 56 52 53 50
E-mail : annie.nguyen-lan@wanadoo.fr

Nicolas Christian
CIFRES
Place de la Mairie
82160 CAYLUS – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 63 67 07 08
Fax : +33 (0)5 63 24 01 80
E-mail : c-nicolas@wanadoo.fr

Nicoud Anne-Marie
Chemin du Caudoz 43
CH-1109 PULLY – SUISSE
Tél. : +4121 728 33 32
Fax : +4121 728 33 32
E-mail : amnicoud@hotmail.com

Nollet Frédéric
Cabinet médical
76, rue de Longchamps
92200 NEUILLY SUR SEINE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 46 24 51 94
Fax : +33 (0)1 46 24 51 94

Paganelli Franck
Service cardiologie
Centre Hospitalier Universitaire Nord
Chemin des Bourelys
13915 MARSEILLE – FRANCE
E-mail : franck.paganelli@mail.ap-hm.fr

Pagliai Françoise
35, rue Barberis
06300 NICE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 93 89 03 27
E-mail : fpagliai@hotmail.fr

Papazian Patrick
5, rue du Faubourg Poissonnière
75009 PARIS – FRANCE
E-mail : ppapazian@noos.fr

Papon Jean-Marc
3, impasse Nicolas
44100 NANTES – FRANCE
E-mail : jean-marc.papon@wanadoo.fr

Papon Véronique
3, impasse Nicolas
44100 NANTES – FRANCE
E-mail : jean-marc.papon@wanadoo.fr

Pariente Alain
96, avenue du Maine
75014 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 43 35 54 93
Fax : +33 (0)1 43 22 87 31
E-mail : pariente@club-internet.fr

Paris Ghislaine
8, allée Fernand Braudel
92160 ANTONY – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 37 07 08
Fax : +33 (0)1 42 37 04 98
E-mail : paris.ghislaine@aol.com

Parlabene Éléonore
CH
13, boulevard Pasteur
59607 MAUBEUGE – FRANCE

Parpaix François
Les Cèdres
1, rue des Tilleuls
74500 PUBLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 50 70 27 23
Fax : +33 (0)4 50 70 14 55
E-mail : francois.parpaix@club-internet.fr

Pasini Willy
62B, avenue de la Roseraie
CH-1205 GENEVE – SUISSE
Tél. : +41 22 320 93 14
Fax : +41 22 346 77 01
E-mail : chalumeau@deckpoint.ch

Pather Mooroogesan
Résidence Belle Vue
Domaine d'Aguerria
64990 MOUGUERRE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 59 31 62 05
Fax : +33 (0)5 59 31 66 92

Patouillard Pierre
Groupe médical
25, rue des Ecoles
91610 BALLANCOURT – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 64 93 20 72

Pauti Marianne
46, rue Madame
75006 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 22 83 80
E-mail : pauti@chollo.fr

Perez Maurice
27, avenue d'Italie
75013 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 45 82 67 27

Perez Stéphane
18, rue Jean-Jacques Rousseau
59280 ARMENTIERES – FRANCE
E-mail : st.perez@wanadoo.fr

Perrin Raphaële
6, rue du Commandant André
06400 CANNES – FRANCE
E-mail : rafaeleperrin@yahoo.fr

Petin Caffard Philippe
26, square des Clématites
Les Luberonnes
84120 PERTUIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 90 08 55 47
E-mail : philippe.petincaffar@free.fr

Peyranne Jean
6, place de la Borie
46200 SOUILLAC – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 21 71 51 70
E-mail : j.peyranne@free.fr

Peyre Eric
2169, avenue du Maréchal Juin
40010 MONT DE MARSAN – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 58 75 17 83

Pezet Laurence
26, rue de Vendôme
69006 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 93 82 83
Fax : +33 (0)4 72 31 15 52
E-mail : laurence.pezet@wanadoo.fr

Picot-Tric Martine
Cabinet M. P. Tric
28, chemin des Creissauds
13400 AUBAGNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 36 29 51
Fax : +33 (0)4 91 24 93 66
E-mail : mptric@free.fr

Picq Pascal
Paléonthropologie et préhistoire
Collège de France
11, place Marcellin Berthelot
75231 PARIS Cedex 05 – FRANCE
E-mail : picq.anthrope@wanadoo.fr

Piecyk Maryse
18, allée Thalie
69230 SAINT GENIS LAVAL – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 56 14 91

Pierog Catherine
18, rue de la 1ère Armée
67630 LAUTERBOURG – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 88 05 09 11
E-mail : dumas_catherine@yahoo.fr

Pierrat Emmanuel
Cabinet Pierrat
91, boulevard Raspail
75006 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 53 63 29 40
Fax : +33 (0)1 42 22 34 71
E-mail : emmanuel.pierrat@cabinet-pierrat.com

Pinaud Pascal
FRANCE – FRANCE

Plais Yann
4, rue Farigoul
29200 BREST – FRANCE

Plante Pierre
Service urologie - andrologie
CHU Rangueil
1, avenue Poulhes
TSA 50032
31059 TOULOUSE Cedex 09 – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 61 32 27 31/35
Fax : +33 (0)5 61 32 22 85
E-mail : plante.p@chu-toulouse.fr

Podevin André
Antenne centre de planification
17, boulevard de Strasbourg
62000 ARRAS – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 21 71 51 70
E-mail : podevinandre@wanadoo.fr

Porto Robert
48, boulevard Rodocanachi
13008 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 76 44 89
Fax : +33 (0)4 91 77 01 39
E-mail : robert.porto@worldonline.fr

Potentier Martine
Alix Santé
176, cours Lieutau
13006 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 50 41 15

Pougheon Anne-Marie
37, allée d'Amour
33610 CESTAS – FRANCE
E-mail : annette.pougheon@wanadoo.fr

Prado Ghislaine
178, quai Louis Blériot
75016 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 45 24 44 03
Fax : +33 (0)1 45 24 64 44

Prioux Laurent
Pierre Fabre Médicament
La Chartreuse
81106 CASTRES – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 63 71 45 00
Fax : +33 (0)5 63 71 39 73
E-mail : laurent.prioux@pierre-fabre.com

Pruneau Jean-Claude
1, Place du Sud
92800 PUTEAUX – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 49 03 01 64

Pujos-Gautraud Michèle
Cabinet médical
8, rue Guadet
33330 SAINT EMILION – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 57 24 60 87
Fax : +33 (0)5 57 25 96 00
E-mail : m.pujos@wanadoo.fr

Quiquandon Angélique
1, chemin Saint Jean
69160 TASSIN LA DEMI LUNE – FRANCE
E-mail : a.quiquandon@wanadoo.fr

Rager Pierre
56, rue du Bocage
33000 BORDEAUX – FRANCE

Ragni-Ghazarossian Evelyne
Hôpital Nord
Chemin des Bourrelys
13915 MARSEILLE Cedex 20 – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 96 87 18
Fax : +33 (0)4 91 65 49 25

Raharivololona Rabary Irène
Résidence Apollon
3, rue de Malines
54500 VANDOEUVRE LES NANCY – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 83 55 35 78

Raillard Pascale
70, cours Emile Zola
69100 VILLEURBANNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 84 98 17
E-mail : conseil.conjugal@cegetel.net

Raimbault Catherine
Centre de santé étudiants
13, avenue Pey-Berland
33600 PESSAC – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 04 06 06
Fax : +33 (0)5 56 84 96 75
E-mail : becala@club-internet.fr

Rampin Olivier
AMIB - NOPA UMR1197
INRA
Bâtiment 325
78352 JOUY-EN-JOSAS Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 34 65 25 03
Fax : +33 (0)1 34 65 25 05
E-mail : olivier.rampin@jouy.inra.fr

Ramseyer François
36, boulevard Jeanne d'Arc
57100 THIONVILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 82 82 05 50
Fax : +33 (0)3 82 58 91 75

Ramuz Eliane
421, chemin de la Marjolaine
30900 NIMES – FRANCE
E-mail : eliane.ramuz@club-internet.fr

Raynaud Jean-Pierre
Université Pierre et Marie Curie
4, place Jussieu
75005 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 49 10 82 94
E-mail : jean.pierre.raynaud@pierre-fabre.com

Razafindrabe Georges
16 bis, rue Matisse
30900 NIMES – FRANCE
E-mail :
georges.razafindrabee@wanadoo.fr

Regnault Jean
Centre médical
11, rue des Halles
75001 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 33 26 82

Reichenbach Steven
Les Jardins de l'Etoile - Bâtiment B
44, avenue Franklin Roosevelt
06110 LE CANNET – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 93 69 16 15
Fax : +33 (0)4 92 18 67 25
E-mail : reichenbach.steven@wanadoo.fr

Renouard Claude
Urologie polyclinique rive droite
CL des 4 Pavillons
24, rue des Cavailles
33310 LORMONT – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 38 24 36
Fax : +33 (0)5 56 06 12 52

Retur Thomas
Bayer HealthCare Pharma
13, rue Jean Jaurès
92807 PUTEAUX Cedex – FRANCE

Réveillard Pierre
Clinique Lafargue
10, rue Gentil Ader
64100 BAYONNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 59 46 05 42
Fax : +33 (0)5 59 46 05 43
E-mail : prelps@wanadoo.fr

Reyé Marie
31, rue de Sablouville
92200 NEUILLY SUR SEINE – FRANCE
E-mail : mariereye@hotmail.com

Reynaud Edmond
Service UMD
Centre Hospitalier
84140 MONTFAVET – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 90 03 92 57
Fax : +33 (0)4 90 03 92 71
E-mail : edmond.reynaud@ch-montfavet.fr

Ribes Gérard
283, rue de Créqui
69007 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 72 73 03 61

Ribet-Verhasselt Christine
8 C, rue Colbrant
59000 LILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 57 11 31
E-mail : ch.ribet@voila.fr

Richard-Parriaud Marie-Claude
6, rue du Chevalier de la Barre
33130 BEGLES – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 85 72 47
Fax : +33 (0)5 56 85 72 47

Rimetz Frédéric
Résidence Aquitaine
12, rue de Bourgogne
62700 BRUAY-LA-BUISSIERE – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 21 53 75 60
Fax : +33 (0)3 21 53 11 93
E-mail :
docteur.rimetz.frederic@wanadoo.fr

Risbourg Marc
Cabinet médical du Marché Luxembourg
67-69, rue du Commandant Berge
77100 MEAUX – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 64 34 38 16
Fax : +33 (0)1 64 34 19 29
E-mail : risbourg.marc@wanadoo.fr

Robert Corinne
Cabinet médical
Fontaine bleue
46, rue des eaux claires
38100 GRENOBLE – FRANCE

Rollet Jacques
Service du Professeur Moulin
Hôpital de Cardiologie Louis Pradel
28, rue Doyen Jean Lepine
69500 BRON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 72 35 72 35
E-mail : j.rollet@wanadoo.fr

Rommelaere Christine
Cap d'Armas
31420 MONTOULIEU SAINT BERNARD – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 61 98 76 50
E-mail :
christine.rommelaere@wanadoo.fr

Rose-Corvaisier Muguette
Centre de santé étudiants
13, avenue Pey Berland
33600 PESSAC – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 04 06 06
E-mail : muguette.rose@club-internet.fr

Rossi Dominique
Service urologie
Centre Hospitalier Universitaire Nord
Chemin des Bourelys
13915 MARSEILLE Cedex 20 – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 96 87 18
Fax : +33 (0)4 91 96 43 73
E-mail : dominique.rossi@ap-hm.fr

Rossi Linda
Via Castausio 19
CH-6900 LUGANO – SWITZERLAND
Tél. : +41 91 921 47 07
Fax : +41 91 921 42 63
E-mail : linda.rossi@ticino.com

Rousseau Cécile
Cabinet médical
Résidence W. Brandt
Rue Guy Mollet
62800 LIEVIN – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 21 29 81 76

Rousselet Vanessa
Résidence le Sphinx - bâtiment A1
3, traverse de la Maurelle
13013 MARSEILLE – FRANCE
Fax : +33 (0)4 91 66 70 37
E-mail : varou13@numericable.fr

Roux Corinne
4, Place de la Tranchée
37100 TOURS – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 47 49 44 00

Roux Jean-Louis
19 bis, rue Ernest Renan
92130 ISSY LES MOULINEAUX – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 46 48 76 15

Roux-Deslandes Claude
Cabinet médical
Résidence d'Espagne
4, boulevard Barbanègre
64000 PAU – FRANCE
Fax : +33 (0)5 59 27 87 67
E-mail :
claude.roux.deslandes@wanadoo.fr

Rozman Marc
6, place des Martyrs
92110 CLICHY – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 47 39 57 57
E-mail : marcrozman@wanadoo.fr

Ruyant Ricour Christelle
90, rue du Chemin Neuf
59100 ROUBAIX – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 82 05 18

Saade Walid
4, rue des Charmettes
69100 VILLEURBANNE – FRANCE

Sagardoy Guy
Cabinet médical
1, rue Lagraveyre
Pont de Stehelin
33200 BORDEAUX – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 12 01 11

Sagnes Nicolas
5, rue Louis Braille
34070 MONTPELLIER – FRANCE
E-mail : nsagnes@hotmail.com

Saheb Naceur
Service urologie
Fondation Saint Joseph
185, rue Raymond Losserand
75674 PARIS Cedex 14 – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 44 12 33 33

Saldubéhère Françoise
13, avenue de Tourren
40230 SAINT VINCENT DE TYROSSE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 58 77 11 00
Fax : +33 (0)5 58 77 18 13
E-mail : f.saldubr@wanadoo.fr

Sanches-Osorio Francisco
Pierre Fabre Médicament
La Chartreuse
81106 CASTRES – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 63 71 45 00
Fax : +33 (0)5 63 71 39 73
E-mail : francisco.sanches_osorio@pierre-fabre.com

Sanchez Delia
Cabinet de psychologie clinique
9, rue Chastel
13100 AIX EN PROVENCE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 42 99 00 45
E-mail : delia.sanchez@libertysurf.fr

Sapin Sylvie
5, place de la Liberté
22000 SAINT-BRIEUC – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 96 62 12 98
Fax : +33 (0)2 96 62 12 98

Sarradel Noël
Immeuble Eden Roc
20222 ERBALUNGA – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 95 33 93 12
Fax : +33 (0)4 95 33 99 34

Sarradon Girbal Nicole
4, place Pierre Roux
13005 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 78 03 02
E-mail : nsarradon@plein-emploi.fr

Schaetz Dominique
Bayer Pharma
13-15, rue Jean Jaurès
92807 PUTEAUX Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 49 06 57 53

Schahl Assia
74, rue Jaboulay
69007 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 37 28 94 17
E-mail : schahl@club-internet.fr

Schiltz Marie-Ange
CNRS - CAMS
54, boulevard Raspail
75006 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 49 54 20 43
Fax : +33 (0)1 49 54 21 09
E-mail : marie-ange.schiltz@ehess.fr

Schindler Fonade Florence
Union Mutualiste Propara
Parc Euromédecine
263, rue du Caducée
34090 MONTPELLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 04 67 04

Schneider Dominique
9, avenue du Bel-Air
91800 BRUNOY – FRANCE
E-mail : domischneiderroger@wanadoo.fr

Sebille Josselin
74, rue Felibien
44000 NANTES – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 40 47 66 06
E-mail : josselin.sebille@neuf.fr

Segura Lucette
10, rue de Vermelles
34070 MONTPELLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 63 20 80
Fax : +33 (0)4 67 63 20 80

Sempé Agnès
Résidence La Bayanne Bâtiment K2
allée des Tilleuls
13800 ISTRES – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 42 55 41 29
Fax : +33 (0)4 42 55 25 72

Septavaux Guy
4, ruelle Malmaison
60300 SENLIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 44 60 93 32
E-mail : guy.septavaux@orange.fr

Serayet Yves
28, rue de l'Eglise
77720 SAINT MERY – FRANCE
Fax : +33 (0)6 80 48 71 12
E-mail : yves.serayet@wanadoo.fr

Serlooten Isabelle
90, rue du Chemin Neuf
59100 ROUBAIX – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 82 05 18

Serrano Martine
Service du Professeur Leriche
Hôpital Henry Gabrielle
20, route de Vourles
Unité C2
69230 SAINT GENIS LAVAL – FRANCE

Serre Michel
2270, avenue du Père Soulas
34090 MONTPELLIER – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 60 35 05
E-mail : michel.serre2@wanadoo.fr

Sevene Arnaud
Cabinet médical
26, rue de la Tour
75116 PARIS – FRANCE

Sevin Sylvie
20, rue Hoche
78000 VERSAILLES – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 39 20 98 80
Fax : +33 (0)1 39 20 98 80
E-mail : sylvie.sevin@wanadoo.fr

Sheik Ismael Samer
Rééducation neurologique
Hôpital Rothschild
33, boulevard de Picpus
75012 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 40 19 36 86
Fax : +33 (0)1 40 19 36 60

Silvy Christiane
Valle Longa
20163 TAVERA – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 95 52 89 90
Fax : +33 (0)4 95 52 89 90
E-mail : christiane.martelli-silvy@wanadoo.fr

Sinkovec Emile
Hôpital SSM
2, rue de France
57800 FREYMING-MERLEBACH – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 87 81 81 87
Fax : +33 (0)3 87 81 80 73
E-mail : emile.sinkovec@wanadoo.fr

Smadja Michèle
Cabinet médical
31, rue de Ponthieu
75008 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 53 75 21 95
E-mail : smadja.michele@wanadoo.fr

Solano Catherine
Service du Professeur Debré
Hôpital Cochin
27, rue du Faubourg Saint Jacques
75679 PARIS Cedex 14 – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 58 41 41 41
E-mail : csolano@free.fr

Soleilhavoup Catherine
27, allées des Soupirs
31000 TOULOUSE – FRANCE
Fax : +33 (0)5 62 26 34 65

Souche Lionel
MGEN - ESJ
Centre de santé mentale
44, rue Feuillat
69424 LYON Cedex 03 – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 72 11 30 11
Fax : +33 (0)4 72 33 66 73
E-mail : lsouche@mgen.fr

Spiess Marie-Claude
Résidence Cadet-de-Vaux
10, boulevard de l'Hôtel de ville
95130 FRANCONVILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 34 14 02 72
E-mail : marieclaudespiess@yahoo.fr

Sportes Sonia
Cabinet médical
99, avenue du Bac
94210 LA VARENNE SAINT HILAIRE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 43 97 18 79
Fax : +33 (0)1 48 83 70 60

Sroussi Danièle
Cabinet médical
23, rue Louis Saulnier
69330 MEYZIEU – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 31 45 72
Fax : +33 (0)4 78 04 05 93
E-mail : dan_sroussi@yahoo.fr

Stalloni-Solano Béatrice
Cabinet médical Bouafia, Stalloni-Solano
11, rue de Saint Cyr
69009 LYON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 72 29 12 02
E-mail : beatrice.stalloni@wanadoo.fr

Stefani Pascale
Cap de Côte
30440 SUMENE – FRANCE
E-mail : stefani.p@club-internet.fr

Suarez Germinal
Centre médical Pierre Curie
5, place de la Gare
95350 SAINT BRICE SOUS FORET – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 34 19 26 26

Sulaiman Ahmad
Centre Hospitalier de Béziers
25, rue du Cabarétou
34500 BEZIERS – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 11 92 60
Fax : +33 (0)4 67 11 92 60
E-mail : ahmad.sulaiman@free.fr

Sztalryd Jean-Marie
145, boulevard Magenta
75010 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 46 06 66 14
Fax : +33 (0)1 46 06 66 14
E-mail : jmsyl@club-internet.fr

Ternisien d'Ouville Chantal
Cabinet médical
61, rue du Clos Adrien
87000 LIMOGES – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 55 33 06 67

Tesson-Lefebvre Brigitte
9, place Collineau
85100 LES SABLES D'OLONNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 51 21 25 21
Fax : +33 (0)2 51 95 23 55
E-mail : jbtesson@wanadoo.fr

Thebes Hippolyte
7, rue Saint Maurice
67000 STRASBOURG – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 88 61 54 96
Fax : +33 (0)3 88 61 54 96
E-mail : hthebes@noos.fr

Théodore Valérie
33, boulevard du Segrais
77185 LOGNES – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 73 58 69 60
E-mail : v.theodore@chello.fr

Tieffenbach-Wyts Andrée
52, rue Ernest Bloch
CH-1206 GENEVE – SUISSE
Tél. : +41 227 864 330
Fax : +41 227 864 331
E-mail : andree.wyts@bluewin.ch

Tignol Jean
CHS Charles Perrens
Secteur 33
121, rue de la Bechade
33076 BORDEAUX Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 56 35 85
Fax : +33 (0)5 56 56 35 15

Toniolo Nathalie
Service du Professeur Lobel
Hôpital Pontchaillou
2, rue Henri le Guilloux
35033 RENNES Cedex 9 – FRANCE
Tél. : +33 (0)2 99 78 24 76

Toulotte Catherine
8, boulevard Vieussens
34000 MONTPELLIER – FRANCE
E-mail : cat.toulotte@wanadoo.fr

Troudi Hichem
Service de psychiatrie
CHS Le Vinatier
Internat du Vinatier
95, boulevard Pinel
69677 BRON – FRANCE
Fax : +33 (0)4 37 91 54 92
E-mail : troudi_hichem2003@yahoo.fr

Troussier Thierry
16, rue de la Convention
75015 PARIS – FRANCE
E-mail : thierry.troussier@sante.gouv.fr

Trussart Bruno
CR n°10 Pradines le Bas
34500 BEZIERS – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 67 37 95 23
Fax : +33 (0)4 67 37 99 17
E-mail : btrussart001@rss.fr

Ulla-Alonso Frédérique
Archimedesstraat 59
B-2517RR DEN HAAG – NETHERLANDS
Tél. : +31 628 598 565

Valero Jean-Pierre
15, cours Joseph-Thierry
13001 MARSEILLE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 91 95 95 42
Fax : +33 (0)4 91 11 47 70
E-mail : jeanpierre.valero1@free.fr

Valignat Christophe
99, avenue de la République
63023 CLERMONT FERRAND Cedex 2 – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 73 42 39 51

Vallée Dominique
Cabinet médical
17, avenue Voctor Hugo
13100 AIX EN PROVENCE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 42 26 68 90

Valmain Angelika
22, rue de la Nougerée
17800 SAINT SEVER DE SAINTONGE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 46 91 01 13
Fax : +33 (0)5 46 91 01 13

Veluire Marie-Paule
2, rue Duméril
75013 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 69 57 58 28
E-mail : marievlr@aol.com

Vergriete Jacques
53, rue du Général Leclerc
94000 CRETEIL – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 07 05 81

Veysseyre Claudette
1270, avenue Charles de Gaulle
71000 MACON – FRANCE

Vidon Jeanne-Marie
Cabinet de conseil conjugal
70, cours Emile Zola
69100 VILLEURBANNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 84 98 17
E-mail : conseil.conjugal@cegetel.net

Vienne Pascal
CMPP Canto-Perdrix
Montée Eugène Pottier
13500 MARTIGUES – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 42 80 67 50
Fax : +33 (0)4 42 80 32 23
E-mail : cmpp.mart@ch-martigues.fr

Voilquin Véronique
1, rue des Claires
26140 SAINT RAMBERT D'ALBON – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 75 31 10 66

Walraet Philippe
8, rue Becker
59160 LOMME – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 20 22 00 08
Fax : +33 (0)3 20 92 43 59

Watier Sophie
La Fontaine
Route de Beaupreau
49120 CHEMILLE – FRANCE
E-mail : jm.watier@cegetel.net

Wattez Marc
15, rue Fernand Arata
13100 AIX EN PROVENCE – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 42 96 08 14
Fax : +33 (0)4 42 96 08 14
E-mail : vanderaa@club-internet.fr

Waynberg Jacques
Institut de Sexologie
57, rue Charlot
75003 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 71 10 30
Fax : +33 (0)1 42 71 51 15
E-mail : waynberg@club-internet.fr

Weil-Franck Carole
Bercles 5
B-2000 NEUCHATEL – SWITZERLAND
Tél. : +41 32 724 0465
Fax : +41 32 724 0653
E-mail : dr.caroleweil@vtxnet.ch

Welzer-Lang Daniel
7, rue Lakanal
31000 TOULOUSE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 62 30 91 08
Fax : +33 (0)5 62 30 81 02
E-mail : dwl@univ-tlse2.fr

Wendling Ingrid
Service du Docteur Ansieau
Hôpital Emile Müller
20, avenue du Docteur René Laënnec
BP 1370
68070 MULHOUSE Cedex 1 – FRANCE
Tél. : +33 (0)3 89 45 92 02
E-mail : ingrid.wendling@wanadoo.fr

Wojtyna Cathy
949, route de Châteauneuf
06390 CONTES – FRANCE
E-mail : catwojtyna@wanadoo.fr

Wrobel Nathan
Les Jardins de Littré
97, rue de Vaugirard
75006 PARIS – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 42 56 40 75
E-mail : nathan.wrobel@wanadoo.fr

Wunsch Serge
Résidence Vélasquez - Appartement 23
68, rue Lamartine
33400 TALENCE – FRANCE
Tél. : +33 (0)5 56 80 32 13
E-mail : serge.wunsch@ouvaton.org

Youcef Elaïd
CHU Nîmes
Avenue du Professeur Debré
30000 NIMES – FRANCE
E-mail : yelaid@yahoo.fr

Youssef Khaled
Service du Professeur Perrin
CH Jules Courmont
165, chemin du Grand Revoyet
69495 PIERRE-BENITE Cedex – FRANCE
Tél. : +33 (0)4 78 86 10 00

Zarouk David Eddy
1, impasse des Vieux Pavillons
94170 LE PERREUX SUR MARNE – FRANCE
Tél. : +33 (0)1 47 66 84 80
E-mail : david.zarouk@club-internet.fr

Liste des exposants

Observatoire International du Couple
7, rue Bachelet
75018 PARIS

SNMS
76, avenue Raymond Poincarré
75116 PARIS
Tél. : 01 45 53 85 17
Fax : 01 45 53 11 92
E-mail : snms@snms.org

Sexologies
Secrétariat Scientifique :
Dr Mireille Bonierbale
Service du Pr C Lançon
CHU Ste Marguerite
13274 Marseille Cedex 9 (F)
sexologies@wanadoo.fr
Abonnements :
Revues ELSEVIER
23, rue Linois
75724 Paris cedex 15

Lilly-ICOS
13, rue Pagès
92158 SURESNES Cedex
Tél. : 01 55 49 30 32
Fax : 01 55 49 34 58
E-mail : boudet_melanie@lilly.com

CIFRES
14, rue Bertrand Gril
31400 TOULOUSE
Tél. : 05 62 26 12 56
Fax : 05 62 26 44 13
E-mail : cifres@wanadoo.fr

ISI
13, parc du Martin Pêcheur
CH-1226 THONEX – SUISSE
Tél. : 05 63 47 94 77
Fax : 05 63 54 41 81
E-mail : isabelle.chaffai@wanadoo.fr

SSL Healthcare France (Durex)
23, allée de l'Europe
92100 CLICHY
Tél. : 01 41 40 43 00
E-mail : loic.chauteau@
ssl-international.com

AIHUS
Dr Collier F.
Hôpital Jeanne de Flandre - CHRU
59037 LILLE Cedex
Tél. : 03 20 44 64 83
Fax : 03 20 44 46 66
E-mail : mj-phin@chru-lille.fr

Théramex
6, avenue du Prince Héréditaire Albert
MC-98000 MONACO – MONACO
Tél. : +377 92 05 07 38
Fax : +377 92 05 07 00
E-mail : pcombe@theramex.mc

Schwarz Pharma
235, avenue Le Jour se Lève
92651 BOULOGNE-BILLANCOURT
Tél. : 01 46 10 66 20
Fax : 01 46 10 66 12
E-mail : marie-aude.courteille@
schwarzpharma.fr

Librairie l'Hirondelle
2 Les Jouandons
33430 LE NIZAN
Tél. : 05 56 25 77 58
E-mail : librairie.lhirondelle@wanadoo.fr

Pierre Fabre Médicament
La Chartreuse
81106 CASTRES Cedex
Tél. : 05 63 71 45 53
Fax : 05 63 71 39 40
E-mail : sylvie.feral@pierre-fabre.com

BayerHealthCare Pharma
13-15, rue Jean Jaurès
92807 PUTEAUX
Tél. : 01 49 06 53 04
Fax : 01 49 06 50 32
E-mail : danielle.galano@
bayerhealthcare.com

Ecole Française de Sexologie
3, rue Copernic
75116 PARIS
Tél. : 01 47 27 96 67
Fax : 01 47 04 40 57
E-mail : c.gellmanborroux@free.fr

AMS France
19, avenue de Norvège
Les Fjords - Bâtiment Nobel
91953 COURTABOEUF Cedex
Tél. : 01 69 59 97 14
Fax : 01 69 59 97 24
E-mail : jean-marc.gendre@
americanmedicalsystems.com

Pfizer
23-25, avenue du Docteur Lannelongue
75668 PARIS Cedex 14
Tél. : 01 58 07 35 94
Fax : 01 58 07 42 45
E-mail : madeleine.gerardin@pfizer.com

Mentor/Porges
Centre d'affaires La Boursidière
92357 LE PLESSIS ROBINSON Cedex
Tél. : 01 46 01 32 66
Fax : 01 46 01 33 70
E-mail : isabelle.granger@porges.com

YSY Médical
1950, avenue du Maréchal Juin
CS 83030
30908 NIMES Cedex 2
Tél. : 04 66 64 05 11
Fax : 04 66 29 11 43
E-mail : fabrice.nicot@ysy.medical.fr

Bionec
Les Grands Champs
37510 BERTHENAY
Tél. : 02 47 50 11 47
Fax : 02 47 50 11 41

ASCLIF
62 bis, Roseraie
CH-1205 GENEVE – SUISSE
Tél. : +41 22 346 77 01
Fax : +41 22 346 77 01
E-mail : ursulapasini@freesurf.ch

PLAN DES HÔTELS

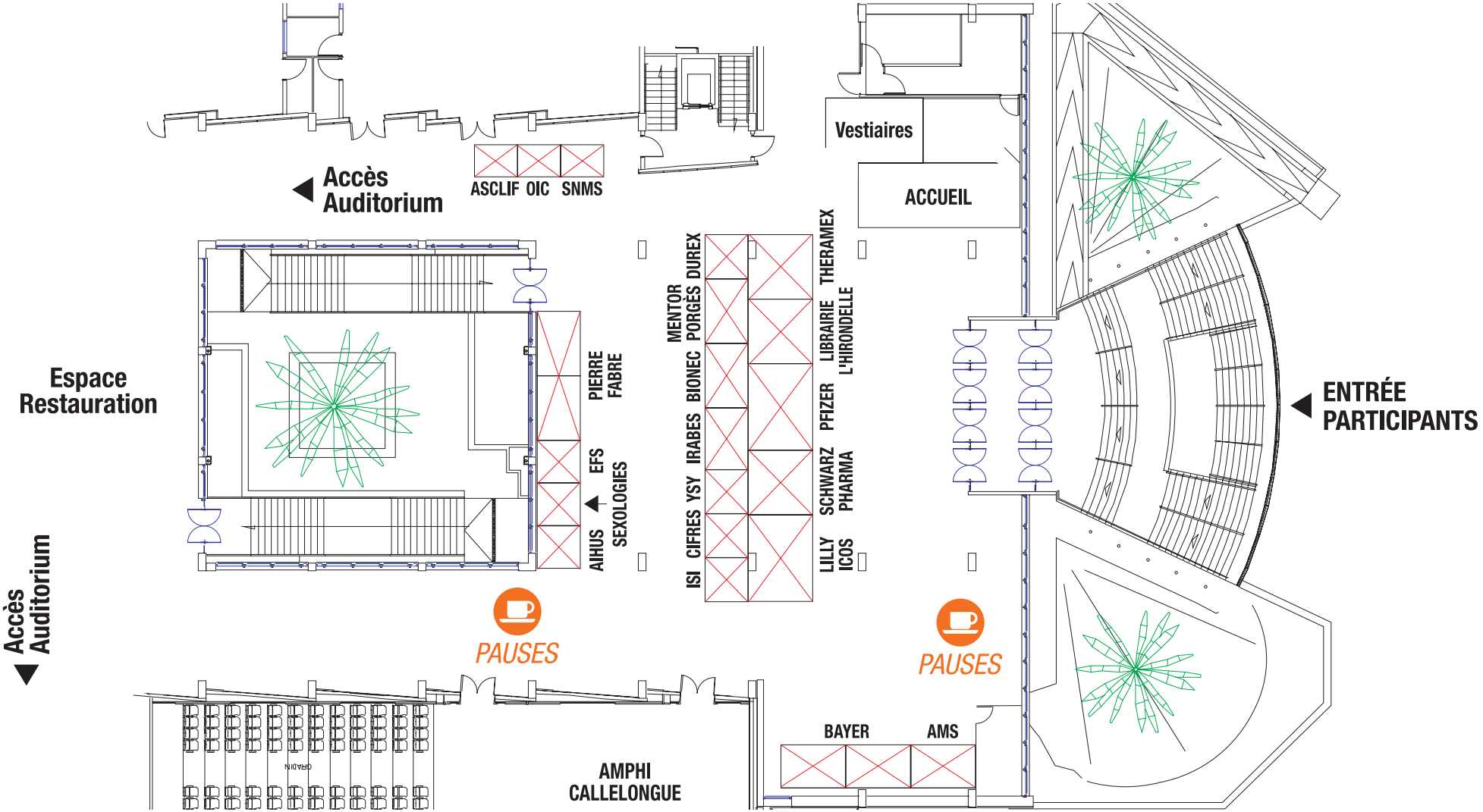
aihus

36e Séminaire de Perfectionnement en Sexologie

AIHUS 2006

30 mars au 2 avril 2006
Palais des Congrès
Parc Chanot Marseille

PLAN DE L'EXPOSITION - HALL DES PAS PERDUS (niveau 2)



COMITÉS

Comité local d'organisation :

P. ASSAS • M. AUBRY • H. BERTONE • M. BONIERBALE • S. BESSIS • M.H. COLSON • B. CYRULNIK • M.C. D'ARNAUD-RAUX • L. DORÉ • G. P. FELICELLI • E. FONTAN • J. GENSOLLEN • M. GENSOLLEN • H. JUNG • C. LANÇON • F. PAGANELLI • P. PETIN CAFFARD • R. PORTO • M. POTENTIER • E. RAGNI • D. ROSSI • M. WATTEZ

Comité scientifique :

G. ABRAHAM • M. AUBRY • P. BLACHÈRE • M. BONAL • M. BONIERBALE • P. BRENOT • C. CABANIS • F. CHARVET • M. CHEVRET- MÉASSON • F. COLLIER • M.H. COLSON • P. COSTA • Y. FERROUL • N. GRAFEILLE • F. HEDON • C. LANÇON • H. LEJEUNE • A. LERICHE • M. MANZANO • J. MIGNOT • S. MIMOUN • W. PASINI • J. PEYRANNE • P. PLANTE • R. PORTO • M. POTENTIER • G. RIBES • J. ROLLET

SECRÉTARIATS

Secrétariat scientifique :

Docteur Mireille BONIERBALE
CHU Sainte Marguerite - Pavillon Estier
13274 MARSEILLE Cedex 9
E-mail : sexologies@wanadoo.fr

Secrétariats administratifs :

Contacts exposants - Sponsoring

LOTUS NOIR Communication/AIHUS 2006
10, avenue de la Fontvin - 34970 LATTES
Tél. : +33 (0)4 67 15 32 48 - Fax : +33 (0)4 67 15 34 23
E-mail : lotus-noir.beatrice@wanadoo.fr

Inscriptions et réservations hôtelières

Alpha Visa Congrès/AIHUS 2006
624, rue des Grèzes - 34070 Montpellier
Tél. : +33 (0)4 67 03 03 00 - Fax : +33 (0)4 67 45 57 97
E-mail : aihus2006@alphavisa.com

AIHUS

Président
Pr P. COSTA

Présidents d'honneur
Pr G. ABRAHAM • Pr F. CHARVET • Pr A. LERICHE • Pr W. PASINI

Vice Présidents
Dr M. BONIERBALE • Dr P. BRENOT • Dr M. CHEVRET-MEASSON • Dr N. GRAFEILLE • Mme J. MIGNOT • Dr J. PEYRANNE

Secrétaire Général
Dr F. COLLIER

Trésorier
Pr H. LEJEUNE

Conseil d'Administration
Dr M. AUBRY • Dr P. BLACHERE • Dr M. BONAL • Dr C. CABANIS • Dr M.H. COLSON • Dr Y. FERROUL • Dr F. HEDON • Pr C. LANCON • Dr M. MANZANO • Dr S. MIMOUN • Pr P PLANTE • Dr R. PORTO • Mme M. POTENTIER • Dr G RIBES • Dr J. ROLLET